

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1920-1921. — N° 253

Contribution à l'étude séméiologique
DES ANÉVRYSMES
DE
L'AORTE THORACIQUE DESCENDANTE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Juillet 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean DELAIGUE

Né le 23 mars 1893, à Chaponnay (Isère).



TREVOUX

IMPRIMERIE JULES JEANNIN

—
1921

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE SÉMÉIOLOGIQUE
DES ANÉVRYSMES
DE L'AORTE THORACIQUE DESCENDANTE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1920-1921. — N° 253

Contribution à l'étude séméiologique
DES ANÉVRYSMES
DE
L'AORTE THORACIQUE DESCENDANTE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Juillet 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean DELAIGUE

Né le 23 mars 1893, à Chaponnay (Isère).



TRÉVOUX
IMPRIMERIE JULES JEANNIN

—
1921

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire.....	M. HUGOUNENQ.
Doyen.....	MM. J. LEPINE.
Assesseur.....	ROQUE.

Professeurs honoraires

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT.

Professeurs

Cliniques médicales.....	{	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et accouchements.....		BARD.
Clinique ophtalmologique.....		TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		BERARD.
Clinique neurologique et psychiatrique.....		X...
Clinique des maladies des enfants.....		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....		LEPINE (J.).
Clinique des maladies des voies urinaires.....		WEILL.
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....		POLLOSSON (A.)
Physique biologique, radiologie et physiothérapie.....		LANNOIS.
Chimie biologique.....		ROCHET.
Chimie organique et toxicologie.....		NOVE-JOSSERAND.
Matière médicale et botanique.....		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		HUGOUNENQ.
Anatomie.....		MOREL.
Anatomie générale et histologie.....		MOREAU.
Physiologie.....		GUIART.
Pathologie interne.....		LATARJET.
Pathologie et thérapeutique générales.....		POLICARD.
Anatomie pathologique.....		DOYON.
Médecine opératoire.....		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.....		MOURIQUAND.
Médecine légale.....		PAVIOT.
Hygiène.....		VILLARD.
Thérapeutique.....		ARLOING (F.).
Pharmacologie.....		ETIENNE MARTIN.
		COURMONT (P.).
		PIC.
		FLORENCE.

Professeurs titulaires sans chaire

Chargé d'un cours de	Pathologie externe.....	VALLAS.
—	Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
—	Chimie minérale.....	BARRAL.
—	Accouchements.....	COMMANDEUR.
—	Urologie.....	GAYET.

Chargés de cours complémentaires

Embryologie.....	HOVELACQUE.
Anatomie topographique.....	PATEL.
Botanique.....	BRETIN.
Stomatologie.....	TELLIER.

Agrégés

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	GARIN.	DUROUX.	CORDIER.
BRETIN.	SAVY.	HOVELACQUE.	ROUBIER.
LERICHE.	FROMENT.	TRILLAT.	FAVRE.
THEVENOT (Léon).	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT.	MURARD.
TAVERNIER.	PIERY.	FLORENCE (G.)	BONNET.
CADE.	COTTE.	ROCHAIX.	GRAVIER, chargé des fonctions.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROQUE, *Président*; CADE, *Assesseur*;

MM. CORDIER, *agré*; ROUBIER, *agré*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ROQUE

A MES MAÎTRES

A MES AMIS

INTRODUCTION

Les anévrysmes de l'aorte furent de tout temps un vaste sujet d'études. La difficulté de leur diagnostic a conduit de nombreux auteurs à rechercher et à analyser leurs signes révélateurs les plus précoces. De ce fait, les ectasies de la crosse aortique, aussi bien dans son trajet ascendant que transversal, possèdent désormais des caractères bien personnels ; d'autre part, et dans une certaine mesure, les tumeurs de l'aorte abdominale acquièrent à ce jour leur individualité. Il semble, par contre, que la séméiologie des anévrysmes de l'aorte thoracique descendante est encore peu précise : un assez grand nombre de publications éparses présentent quelques symptômes propres à cette localisation ; mais les traités classiques, qui ne contiennent que quelques notions sommaires insistant surtout sur la latence et les surprises de cette affection, laissent le champ libre à une étude d'ensemble. Dans cet ordre d'idées,

quelques essais ont été faits dans des thèses diverses ; ils nous paraissent aujourd'hui quelque peu incomplets.

Un heureux hasard permit à notre maître, M. le docteur J. Chaliér, d'observer trois cas d'ectasies aortiques ainsi localisées ; il nous fit l'honneur de nous confier une étude sur ce sujet. Il nous fut possible de recueillir quatre-vingts observations, tirées de notre littérature médicale ou dues à l'aimable et obligeante bienveillance de nos maîtres. Qu'ils reçoivent ici nos remerciements et le témoignage de notre inaltérable gratitude.

Ces documents figurent dans notre index bibliographique ; nous ne rapportons *in extenso* que les observations lyonnaises. Nous avons cherché à en dégager les aspects symptomatiques essentiels des anévrysmes de l'aorte thoracique descendante. Notre désir est d'en présenter un aperçu clinique ; à ces considérations séméiologiques se borne ce mémoire.

Considérations générales.

L'*histoire* des anévrysmes de l'aorte thoracique descendante est essentiellement confondue avec celle des anévrysmes de l'aorte en général. En tête s'inscrivent trois grands noms : Vésale, Morgagni, Laënnec. De nombreux auteurs ont publié, depuis, des cas particuliers; leurs noms mériteraient de figurer dans un tel chapitre; bien avant nous, ils furent consignés dans divers ouvrages. Nous ne nous croyons pas autorisés à rééditer ici un historique, maintes fois élaboré, qui, d'ailleurs, ne saurait être qu'une longue liste bibliographique. A ce sujet, nous nous contenterons de rappeler les travaux de Vallois (thèse de Paris, 1884-85), de Milanoff (thèse de Paris, 1899-1900) et d'Andréeff (thèse de Toulouse, 1904). De nombreuses observations intéressantes figurent dans ces ouvrages et dans ceux de Roux (thèse de Paris, 1906-07), de Bertray (thèse de Paris, 1906), de Berdot (thèse de Toulouse, 1907),

Bollet (thèse de Paris, 1913) et de Vialle (thèse de Lyon, 1906).

*
* *

Il n'entre pas dans le cadre de cette étude de faire une analyse détaillée de l'*étiologie* des anévrysmes de l'aorte thoracique descendante ; en effet, cette question est étroitement liée à celle des ectasies de la crosse ; aucune particularité ne s'en dégage. Toutefois, l'étude des diverses statistiques met en lumière leur rareté relative : ils ne constituent guère que 4 à 15 % des anévrysmes de l'aorte thoracique. Nos documents sont le plus souvent très discrets sur les antécédents ; il arrive qu'aucune maladie antérieure n'y est signalée ; quelques-uns cependant mentionnent la syphilis comme inexistante. Nous croyons pourtant qu'ici, comme au niveau de la crosse, le rôle de ce facteur étiologique est capital dans la genèse des anévrysmes.

*
* *

L'étude *anatomo-pathologique* nous fournit des renseignements plus précieux. Soixante-neuf de nos diagnostics ont pu être contrôlés soit par la radioscopie, soit par l'autopsie. Il résulte de là que tous les points du conduit vasculaire dans sa descente thoracique, depuis son origine au niveau de la quatrième vertèbre dorsale jusqu'à sa terminaison au niveau de l'anneau diaphragmatique, peuvent être le siège d'anévrysmes : nous avons trouvé 22 localisations du tiers supérieur, 15 de la partie moyenne,

26 de la partie inférieure ; 7 fois enfin l'aorte descendante, dans tout son trajet thoracique, était ectasiée. Il existe assez fréquemment deux poches anévrysmales réunies par un segment vasculaire de volume normal. Fusiformes ou sacciformes, ces sacs sont de dimensions très variables : tantôt plus petits qu'une noix, ils atteignent d'autres fois le volume d'un poing ; on trouve même dans quelques observations des anévrysmes dont les dimensions sont supérieures à celles d'une tête de fœtus à terme. Du fait de sa situation, la tumeur anévrysmatique va intéresser à des degrés divers les organes voisins : œsophage, bronche, plèvres, poumons, colonne vertébrale et parois thoraciques, péricarde et diaphragme. Compressions, adhérences au sac, fissures et ruptures dans un conduit ou un organe creux, telles sont les lésions que nous avons relevées. Les nerfs altérés eux-mêmes sont enrobés dans une gangue fibreuse : la médiastinite est le facteur responsable de ces lésions adhésives. C'est elle qui est à la base de ces troubles précoces et souvent prédominants, grâce auxquels l'anévrysme peut être soupçonné.

Symptomatologie.

Tous ces faits concourent à l'élaboration de la *symptomatologie* des anévrysmes de l'aorte thoracique descendante et lui donnent ce 'masque d'emprunt, qui contribue bien souvent à égarer le diagnostic. Ce sont ces premiers troubles, manifestations de compressions médiastinales, viscérales et osseuses qu'il importe de bien connaître. Lorsque la tumeur se manifeste d'une manière visible et tangible au travers des parois thoraciques, il est trop tard pour élaborer un diagnostic ; bien souvent d'ailleurs, une issue aussi cruelle que fatale surprend l'entourage avant que ce terme ne soit atteint.

Ces signes précoces constituent de précieux indicateurs ; quand aucune raison suffisante ne peut expliquer leur existence, il convient alors d'émettre l'hypothèse d'un anévrysme. C'est à la *radioscopie* que nous demanderons de contrôler leur valeur, de révéler le mal et sa cause et d'établir le diagnostic.

L'analyse de ces troubles, aussi fertiles en renseignements, parce qu'ils sont fréquents et précoces, — que dangereux, — parce qu'ils sont susceptibles d'induire en erreur, — est parfois très délicate. Nous tâcherons dans cette étude de dégager leur signification réelle.

I. — Douleurs.

Leur *précocité* et leur *fréquence* les placent à la première page de la symptomatologie des ectasies de l'aorte thoracique descendante.

Elles dominent nettement la scène dans les deux tiers de nos observations ; encore certaines n'en font-elles pas mention, parce que, sans doute, elles se trouvent au second plan dans le tableau clinique ; mais si l'attention du malade avait été attirée, il eût été vraisemblablement possible de les mettre en lumière. Néanmoins devons-nous les considérer comme absentes dans un tiers des cas. Ce fait amoindrit un peu la valeur séméiologique de ce signe ; toutefois, il n'est pas moins vrai que, du fait de sa précocité et de sa persistance, c'est lui, le plus souvent, qui éveille quelque inquiétude chez le malade et le conduit au cabinet du médecin.

Le siège, le degré et la qualité de ces douleurs sont très variables comme la cause elle-même. L'échelle des lésions anatomiques est d'ailleurs très diverse : parfois simple refoulement, déplacement ou tiraillement des troncs nerveux par la poche anévrysmale ; d'autres fois, leur compression contre les plans résistants, leur enrobage dans les lésions de médiastinite et même leurs altérations interstitielles ou parenchymateuses, tels sont les nombreux facteurs qui concourent à leur production.

Aussi divers sont les *caractères* de ces douleurs. Tel malade ressent une gêne à peine douloureuse

dont la persistance l'inquiète ; tel autre se plaint de lancées atroces, qu'il compare à un éclair et qui se reproduisent à intervalles réguliers. C'est parfois à la suite d'un effort, une petite quinte de toux, un éternûment, un mouvement de flexion ou d'extension du tronc qu'il les voit apparaître ; d'autres fois, il est impossible de leur attribuer quelque cause apparente. Les efforts de ces patients n'aboutissent presque jamais à les calmer : le repos provoque rarement une sédation satisfaisante ; plus nombreuses sont les observations qui insistent sur les paroxysmes nocturnes. Douleurs angineuses, sensations de transfixion, de déchirure, de constriction violente nous sont révélées dans plusieurs cas. Par contre, on ne note que d'une façon exceptionnelle l'impression de pulsatilité.

Quelle que soit la localisation de l'anévrysme sur le trajet de l'aorte thoracique descendante, c'est toujours par ces divers caractères que la douleur se manifeste. Il semble cependant que son siège affecte plus fréquemment certaines régions : l'espace inter-scapulo-vertébral du côté gauche mérite de figurer en tête des points douloureux observés ; les espaces intercostaux inférieurs du même côté ne viennent qu'en seconde ligne. Parmi nos observations figure l'histoire d'un malade de Beck, qui accusait, en même temps qu'une vive douleur, continue, au niveau du point où la ligne mamelonnaire gauche croise le rebord des fausses côtes, une sensation de brûlure sur le trajet des neuvième, dixième et onzième nerfs intercostaux. Toute médication avait été impuis-

sante à calmer ces souffrances : les mouvements les rendaient encore plus aigües ; tout sommeil était impossible. Seule, dans les paroxysmes douloureux, la position genu-pectorale causait quelque soulagement. Toutefois, le siège de ces douleurs ne paraît pas avoir de rapports bien intimes avec la localisation de l'anévrysme ; les points douloureux sont parfois très distants du segment aortique ectasié : diverses observations signalent tantôt des crises gastralgiques, tantôt des douleurs lombaires, simulant un véritable lumbago. Nous rapportons un cas de M. le Dr Chaliier (obs. 2), où le malade, atteint d'une néphrite avec albuminurie, présentait des douleurs lombaires : on sut plus tard qu'en réalité la cause était un anévrysme sus-diaphragmatique. La thèse de Roux, écrite sous l'inspiration de M. le Dr Huchard, insiste spécialement sur la névralgie ileo-lombaire, manifestation d'un anévrysme de l'aorte descendante et rappelle que des douleurs peuvent être accusées au niveau des membres inférieurs en l'absence de toute paraplégie ; d'autres fois, ce sont des sensations pénibles dans la sphère abdominale ; ces troubles reconnaîtraient pour cause des altérations du sympathique peri-artériel ou du pneumogastrique.

S'il nous est possible de relever plusieurs cas, où les malades relatent que certaines attitudes sont susceptibles de diminuer leurs souffrances, nous n'en trouvons pas, même lorsqu'il s'agit de pseudo-névralgies intercostales, où la pression en aucun point peut les accroître. Un médecin de Dantzig, Scheele, a préconisé une manœuvre, capable de les augmen-

ter : il s'agit de la compression des artères fémorales ; on pourrait ainsi diagnostiquer l'anévrysme et son siège. Nous avons retrouvé trois de ses observations, où l'augmentation de pression dans le système aortique, entraînant une distension de la poche anévrysmale, faisait accuser au patient une douleur profonde. Mais combien de dangers entourent cette pratique ! Il ne nous semble guère possible de faire courir à un malade les nombreux risques d'une mort par rupture due à l'emploi d'un procédé d'investigation, quelle qu'en soit la valeur diagnostique.

On fait le plus souvent un vain appel aux ressources de la thérapeutique pour faire disparaître ces douleurs : un calme temporaire est parfois obtenu ; mais malgré toutes les tentatives, elles persistent avec la même intensité, conservant leur localisation primitive, accompagnant les progrès de la médiastinite.

Fixité, intensité, permanence, sont les trois éléments fondamentaux qui caractérisent les douleurs anévrysmatiques et sur lesquels ont insisté Jaccoud, Dieulafoy et Huchard ; nous ajouterons leur *unilatéralité* fréquente. Ces caractères jouent un rôle prépondérant dans l'analyse du symptôme douleur ; s'ils sont insuffisants pour affirmer la cause, ils permettent du moins de soupçonner le diagnostic réel. Nous reproduisons à la fin de cet exposé une observation de M. le Dr Chalier (obs. 4) concernant un malade de M. le Dr Mouisset, où l'anévrysme fut découvert en dépit de la complexité du cas. C'était

un homme de cinquante-cinq ans, ancien paludéen, syphilitique, qui accusait depuis trois mois de vives douleurs thoraciques, revêtant parfois le type en ceinture, empêchant tout sommeil et prédominant du côté droit, quand elles n'y étaient pas exclusivement localisées ; en même temps des signes de tabes étaient nombreux et indiscutables ; on relevait aussi une insuffisance aortique. Les auteurs nous disent comment ils furent conduits à supposer la cause réelle de ces manifestations et à la maintenir en dépit d'un examen négatif aux rayons X. « Etant
« donné l'intégrité du thorax et de la colonne verté-
« brale, deux explications étaient possibles pour
« interpréter l'origine des névralgies intercostales
« rebelles. On pouvait songer aux douleurs thora-
« ciques en ceinture des tabétiques, mais la prédo-
« minance des souffrances du côté droit était défavo-
« rable à cette hypothèse. Il était plus rationnel
« d'admettre une compression médiastinale par une
« tumeur. Et, comme il existait une aortite de la
« crosse indubitable, c'est à un anévrysme de l'aorte
« thoracique descendante qu'il fallait songer ». L'autopsie vint confirmer plus tard le diagnostic clinique.

II. — Troubles de l'appareil digestif.

Moins fréquents que les douleurs, ils sont aussi plus tardifs : nous ne les relevons que dans un tiers des cas. Il est rare, d'ailleurs, qu'ils constituent à eux seuls, comme ces dernières, l'unique manifes-

tation de l'anévrysme ; ils sont le plus souvent associés à d'autres symptômes ; d'autres fois ils n'apparaissent qu'après que des signes plus précoces ont déjà donné l'éveil. Ce sont autant de raisons pour que nous ne leur accordions que la seconde place. Néanmoins, ils contribuent pour une large part à confirmer le diagnostic.

Le plus important parmi ces troubles est aussi le plus fréquent : c'est la *dysphagie*.

Tandis que la douleur n'a presque aucun rapport avec le siège de l'anévrysme, la dysphagie, au contraire, n'est que très rarement une manifestation des ectasies de la portion moyenne de l'aorte thoracique descendante. Elle relève presque toujours d'une tumeur située à l'origine du trajet descendant du conduit vasculaire ou à sa terminaison au-dessus du diaphragme. Les malades accusent eux-mêmes fréquemment le point où ils sentent que le bol alimentaire est arrêté et le localisent soit derrière le manubrium sternal, soit derrière l'appendice xyphoïde ou plus bas encore au niveau de la région épigastrique.

Des causes très différentes président à l'apparition de ce symptôme, dont la manifestation est tantôt brusque et brutale, tantôt lente, souvent très irrégulière : c'est parfois le réfolement ou la compression de l'œsophage par la poche anévrysmale ; d'autres fois un anévrysme faux consécutif du médiastin, formé par la rupture du sac et l'inondation sanguine qui en résulte ; quelquefois aussi, la médiastinite peut être accusée de provoquer une irritation

du système nerveux perïœsophagien. Les différents caractères de ce signe ont été attribués, par divers auteurs, à autant de lésions diverses ; on a présenté ainsi une description un peu schématique, nous semble-t-il : un début lent et progressif serait le résultat de la simple compression ; par contre, une apparition soudaine, une évolution grave et rapide, caractériseraient un anévrysme faux consécutif ; enfin, l'irritation nerveuse serait le motif d'accès de dysphagie aussi violents que passagers.

Nous constatons que, le plus souvent, ce trouble de la déglutition ne s'établit qu'avec lenteur ; son intensité n'augmente qu'au fur et à mesure que les lésions progressent. C'est d'ordinaire longtemps, plusieurs semaines et même plusieurs mois, avant que l'arrêt des aliments soit absolu, que les malades accusent une gêne à l'occasion du passage du bol alimentaire. Pendant un instant, ils localisent facilement le point où siège l'obstacle : celui-ci est à ce stade facilement franchi et tout rentre dans l'ordre jusqu'à une nouvelle tentative de déglutition. Peu à peu, ce signe se développe : l'ingestion des aliments solides, viande, pain... devient bientôt impossible ; le malade choisit des mets plus facilement absorbables : purées, œufs clairs, liquides... Jusqu'à ce moment, le patient a toléré cette gêne, mais la douleur ne tarde pas à apparaître. Alors, la situation s'aggrave : le malade, redoutant ses souffrances, réduit son alimentation ; l'état général s'altère, l'amaigrissement fait de rapides progrès. Quelques régurgitations, parfois des vomissements du type

œsophagien surviennent alors et si de petites hématomèses complètent le tableau clinique, c'est le masque d'un cancer de l'œsophage que prend l'anévrysme en cause, Tout en impose pour un tel diagnostic. Il nous semble cependant qu'il est nécessaire de tenir un juste compte de plusieurs facteurs : la fréquence anormale des éructations, la rareté des régurgitations et les caractères particuliers de cette dysphagie qui, dans sa progression croissante, manifeste pourtant quelques fluctuations : il arrive, en effet, qu'à certains jours elle est moins accusée que la veille et souvent dans le même jour diminuée ou accrue par certaines attitudes. Ces éléments pourraient peut-être éveiller quelques doutes dans l'esprit de l'observateur averti et l'empêcher de commettre une erreur bien tentante. Néanmoins, le diagnostic basé sur l'analyse de ce seul symptôme reste très difficile.

La dysphagie présente parfois un début plus brutal : elle éclate soudain, atteint d'emblée son paroxysme, puis le calme renaît, aussi vite qu'il a été troublé, après un temps qui peut varier de vingt-quatre à quarante-huit heures. Elle offre à juste titre tous les caractères d'un spasme œsophagien : c'est certainement là son origine réelle. Mais là encore, rien ne révèle nettement l'anévrysme provocateur ; pour en émettre l'hypothèse, il est nécessaire de se reporter aux phénomènes qui accompagnent et qui précèdent ce trouble spasmodique ; nous voulons dire : aux douleurs.

Dans certains cas, on voit ces dernières acquérir

brusquement une intensité insupportable en même temps que s'installe rapidement une dysphagie totale, Si un syndrome médiastinal a été relevé antérieurement chez de tels malades, ces signes annoncent le plus souvent une rupture du sac anévrysmal : le sang s'est répandu dans le tissu cellulaire périœsophagien et a provoqué une compression subite du conduit alimentaire. La nature de l'affection avait déjà été établie ; le pronostic en est désormais fixé.

Il n'est pas rare de noter chez les porteurs d'anévrysme de l'aorte thoracique descendante un signe dont l'explication a été donnée par Roger : ces sujets présentent une *sialorrhée* excessive. L'irritation de la muqueuse œsophagienne provoque un afflux de salive et non pas simplement une salivation abondante, liée à la gêne de la déglutition. Si ce réflexe accompagne habituellement des lésions de l'œsophage, il peut exister aussi en dehors des altérations propres de ce conduit et notamment, sans être la règle, dans les ectasies qui font l'objet de cette étude. Nous l'avons relevé dans plusieurs observations ; un cas de Hirtz et Lemaire le met particulièrement en évidence : « le verre de lait que le
« malade avale est rejeté au bout de quelques
« secondes et en même temps le malade salive
« abondamment, si bien qu'il semble régurgiter une
« quantité de liquide double de celle qu'il a prise.
« Les jours suivants, la régurgitation des liquides
« est constante et s'accompagne toujours de salivation.
« Cette salivation est abondante, mais elle ne se
« produit qu'à l'occasion d'un essai de déglutition ».

De petites *hématémèses* à répétition peuvent également se produire ; elles se succèdent à intervalles plus ou moins rapprochés. Ce sont des signes trompeurs, nous le répétons, qui, s'il existe en même temps une certaine gêne de la déglutition, ont tendance à induire en erreur et laissent volontiers supposer un cancer de l'œsophage inexistant. Ces vomissements sanglants se manifestent bien souvent assez longtemps avant la mort et permettent d'établir le pronostic avec certitude : dès leur apparition, la cause est jugée ; l'issue fatale n'est plus qu'une question de quelques semaines, exceptionnellement de quelques mois.

L'examen de l'œsophage ne se borne pas d'une façon exclusive à l'analyse, que nous venons d'esquisser, de ces troubles fonctionnels. Une exploration physique pourrait encore fournir des indications utiles.

L'auscultation, le long de la colonne vertébrale, pendant que le malade déglutit des liquides, ne nous est pas d'un grand secours ; ses renseignements ne viennent guère éclaircir le diagnostic. Un signe mérite cependant une mention spéciale : c'est le *phénomène du glou-glou*. M. Chalié l'a découvert chez un de ses malades (obs. 2), qui le présentait avec une netteté parfaite ; il s'agit d'un sujet, porteur d'un anévrysme bas situé, accusant un certain degré de dysphagie : « Après avoir fait boire le malade, l'auscultation dorsale décele un bruit de glou-glou » rythmé diastolique : ce bruit persiste, atténué, une » heure après l'ingestion ; il s'entend aussi manifes-

« tement au niveau de l'appendice xyphoïde et de
 « l'épigastre, aussi est-il difficile de dire s'il s'agit
 « d'un glou-glou œsophagien au-dessus de la sté-
 « nose ou d'un glou-glou gastrique ».

Il arrive fréquemment que l'observateur en présence de ces troubles dysphagiques, est très embarrassé : il existe une sténose œsophagienne dont la cause échappe et si des manifestations accessoires ont fait naître l'idée d'un cancer, bien grande est la tentation de pratiquer aussitôt un cathétérisme du conduit. Nous relevons cette pratique dans plusieurs observations ; on lui demande des renseignements de premier ordre ; ne doit-elle pas préciser le siège, l'étendue, le degré du rétrécissement et même souvent sa nature ? Mais il est rare que ces indications permettent de poser le diagnostic réel et, si la boule exploratrice revient entachée d'un peu de sang, la nature de la sténose est aussitôt affirmée ; c'est, en réalité, une erreur que l'exploration confirme. Convient-il, d'autre part, d'exposer aussi délibérément les malades aux *dangers de cette manœuvre aveugle*, pleine de conséquences redoutables ? Il fut un temps où des tendances à généraliser d'emblée ce procédé d'investigation se manifestèrent ; c'était, il est vrai, à une époque où l'on ignorait encore les rayons de Röntgen. Souventes fois, ont dut se repentir d'avoir agi trop vite, faute d'avoir pesé de propos délibéré tous les risques que comporte une telle méthode. Les cas abondent dans la littérature médicale où une hématémèse foudroyante fut ainsi provoquée : le cathéter, butant contre un obstacle, pénètre sponta-

nément dans le sac anévrysmal ! Mais aujourd'hui, il n'est plus permis d'encourir une pareille responsabilité. Nous rejetons formellement le cathétérisme aveugle ; c'est à la radioscopie que nous devons d'abord demander secours. Nous verrons plus loin l'importance des renseignements qu'elle peut donner. Ce n'est qu'après qu'un examen minutieux aux rayons X aura permis d'éliminer l'hypothèse d'un anévrysme, que nous pourrons être autorisés à introduire avec la plus grande prudence un cathéter dans l'œsophage. Cette juste précaution fera éviter bien des désastres. Deux auteurs ont également préconisé des moyens destinés à compléter les données du cathétérisme : Schnell et Willam Porter. Leurs méthodes consistent à pratiquer le cathétérisme et à rechercher, grâce à lui et avec le secours d'un dispositif ingénieux, la transmission des battements aortiques. C'est pour les condamner que nous les signalons.

L'*œsophagoscopie* permettrait aussi d'établir le diagnostic. Nous avons recueilli diverses observations de M. Guisez, où ses indications sont consignées. L'une d'elles, que nous résumons, concerne un malade qui se plaint depuis longtemps déjà de troubles dysphagiques ; au début, la gêne est plus marquée pour les solides, puis elle s'établit aussi pour les liquides, l'amaigrissement fait de rapides progrès. Le cathétérisme explorateur est négatif. Au fur et à mesure de l'évolution apparaissent des régurgitations et des vomissements ; de temps à autre surviennent des crises de dysphagie complète : le

malade reste vingt-quatre ou quarante-huit heures sans pouvoir rien avaler. L'œsophagoscopie est alors pratiquée ; elle donne les renseignements suivants : « spasme violent à l'entrée de l'œsophage ; un peu « au-dessous de l'origine, large poche de dilatation « qui, après évacuation, apparaît comme ayant une « capacité de deux cents ou deux cent cinquante « centimètres cubes ; sténose œsophagienne à trente « centimètres des arcades dentaires ; lumière œso- « phagienne rejetée en arrière et à droite, paroi « antérieure soulevée par une voussure convexe et « lisse qui s'appuie sur la paroi postérieure, rédui- « sant ainsi la lumière œsophagienne à une sorte de « fente en croissant à concavité postérieure : parois « rouges, enflammées, animées de battements et de « soulèvements ». Les constatations dues à cette pratique sont, on le voit, très instructives ; néanmoins et malgré tout, nous reculons devant l'obligation d'introduire un tube rigide au contact de la poche anévrysmale.

Aussi bien rejetons-nous de parti pris ces divers modes d'investigation : cathétérisme explorateur, œsophagoscopie, quelle que soit la valeur de leurs données. M. le Professeur Roque, dans ses leçons cliniques, a proclamé hautement à diverses reprises leurs méfaits ; il ne cesse de mettre en garde contre les risques de ces interventions, d'ailleurs bien des fois inutiles. C'est la radioscopie qui doit prendre le pas sur de telles manœuvres. A quoi sert de pratiquer un cathétérisme aveugle préalable et de le confirmer ensuite par un examen à l'écran ! En présence de

signes de sténose œsophagienne dont la cause réelle nous échappe, un plan logique d'exploration ordonne avant toutes choses d'avoir recours aux rayons de Rœntgen. Si, à la suite de cette recherche, l'anévrysme est révélé, tout autre procédé d'investigation est alors contre-indiqué.

Si la dysphagie occupe la première place parmi les troubles fonctionnels de l'appareil digestif, provoqués par les anévrysmes de l'aorte thoracique descendante, à elle seule, elle n'en remplit pas le cadre. Il arrive même qu'elle n'apparaît jamais à aucun stade de l'évolution de la maladie. Mais, par contre, certains malades accusent d'autres manifestations du même ressort ; elles simulent aussi des affections diverses et n'orientent pas mieux le diagnostic vers l'ectasie.

Plusieurs observations signalent des vomissements et des crises gastralgiques atroces. A ce sujet, Hayem raconte l'histoire d'un malade qui fut envoyé à Vichy pour soigner une prétendue dyspepsie douloureuse, liée à l'hyperchlorhydrie. Au retour, l'examen permit de diagnostiquer un anévrysme de l'aorte thoracique descendante, le patient accusant aussi des douleurs thoraciques. Dans la même communication (*Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1900, p. 179), M. Rendu ajoute qu'il est probable que, chez de tels malades, l'anévrysme occupe la région diaphragmatique et comprime les nerfs qui rampent le long des piliers du diaphragme ; « la localisation des anévrysmes à ce niveau donne lieu à des crises de gastralgie intolérables ».

D'autres fois, la symptomatologie en impose tantôt pour un ulcère ou un cancer de l'estomac, tantôt pour une affection hépatique. Un exemple en est donné dans la thèse de Bollot, où est publiée une observation de Caussade, concernant un malade pour qui ces diagnostics furent discutés tour à tour ; nous la résumons : il s'agit d'un homme de 52 ans qui fait, de 1906 à 1911, divers séjours dans plusieurs hôpitaux de Paris pour des troubles gastriques (crises de vomissements alimentaires irréguliers durant six heures et survenant tous les mois). Après un chimisme (anachlorhydric, présence d'acides gras et de sang), le diagnostic de néoplasme gastrique est porté. Le malade refuse l'intervention proposée et quitte l'hôpital. A son retour, un an plus tard, l'examen clinique et l'exploration radioscopique fait conclure à l'existence d'une sténose spasmodique du pylore. Sous l'influence du traitement institué, une amélioration est constatée. Mais, sept mois plus tard, les troubles gastriques apparaissent de nouveau ; les rayons X ne décèlent plus de sténose pylorique ; le chimisme gastrique est cette fois normal. Par contre, l'examen clinique montre l'existence d'un syndrome hépatique : foie dur, augmenté de volume, rate hypertrophiée, urines foncées renfermant des pigments biliaires, aspect cirrhotique (facies terreux, subictère conjonctival, légère circulation collatérale au niveau de l'abdomen). Rien au cœur, rien aux poumons. Le malade sort ; pendant cette absence, les vomissements ont cessé pour reparaitre par crises quelques mois après. Un nouveau séjour à l'hôpital

est provoqué par une manifestation nouvelle : le patient accuse une vive douleur au-dessus de l'ombilic, barrant l'abdomen, irradiée au thorax qui semble être enserré dans un étau ; les membres inférieurs eux-mêmes sont le siège de douleurs qui les traversent comme un éclair. Le malade avoue une syphilis antérieure ; on ne relève aucun signe de tabes. Enfin, un dernier examen à l'écran fixe le diagnostic et décèle l'existence d'une tumeur animée de battements pulsatiles au niveau de la portion descendante de l'aorte thoracique. Une hémoptysie foudroyante fut la cause de la mort. L'autopsie montra une tumeur anévrysmatique du volume d'un poing, située à la partie inférieure de l'aorte thoracique descendante, un peu au-dessus du diaphragme ; elle s'était ouverte dans la bronche gauche.

III. — Troubles de l'appareil respiratoire.

Bronche gauche, poumons et plèvres sont fréquemment intéressés au cours de l'évolution des anévrysmes de l'aorte thoracique descendante. Là encore, il importe de bien connaître ces signes, dont la valeur pour l'établissement du diagnostic est très variable. Si quelques-uns, notamment la compression de la bronche gauche, peuvent mettre sur la voie de la nature réelle de l'affection, d'autres au contraire la masquent encore davantage en simulant des maladies diverses : c'est le cas des hémoptysies ainsi que des manifestations pleurales et pulmonaires.

La *compression de la bronche gauche* est assez souvent rapportée. Il est indispensable de noter soigneusement les signes qui la révèlent ; ils permettent de préciser le siège de l'ectasie. Leur apparition doit faire soupçonner l'existence d'une poche anévrysmale, qui s'est développée en avant, au niveau de la portion initiale de l'aorte descendante. Une dyspnée, dont il est impossible de trouver la cause suffisante, surtout le *cornage* et l'anormale durée de l'expiration constituent ses manifestations habituelles. Nous n'insisterons pas sur leur description ; une analyse complète et détaillée de ces symptômes est faite dans tous les ouvrages classiques. Toutefois, nous signalerons plus spécialement un signe dont la valeur sémeiologique est prépondérante, nous voulons parler de la *toux de compression*. C'est à M. Garrel que nous sommes redevables de l'avoir décrit le premier. La thèse de Varay en fait une étude minutieuse. Nos Maîtres des hôpitaux ne cessent d'attirer l'attention sur ce phénomène, chaque fois qu'il existe : il reste, d'ailleurs, bien vite gravé dans l'esprit, il suffit pour cela d'avoir assisté à une seule de ses manifestations ; dès les premiers pas dans une salle de malades, il est alors possible de l'étiqueter et, connaissant sa signification, on a fait un grand pas vers le diagnostic. Sa valeur est telle que nous en ferons volontiers un signe pathognomonique. Il est mentionné dans tous les ouvrages classiques ; mais, d'une façon générale, l'importance qu'il convient de lui accorder n'est pas toujours, nous semble-t-il, bien mise en évidence. Toux

bruyante, profonde, grave, à timbre caverneux, à retentissement sonore, tels sont ses caractères essentiels. Par analogie, on l'appelle encore toux aboyante ou toux de chien. Un malade de M. Chalié la présentait avec une grande netteté ; ce sujet était porteur d'un anévrysme qui siégeait au niveau de la partie supérieure de l'aorte thoracique descendante et comprimait la bronche gauche (obs. 3). Dès son apparition, l'existence d'une tumeur médiastinale doit être affirmée. Avec le secours de la radioscopie, il est possible alors de vérifier sa nature. Le diagnostic est désormais certain.

Dans nos documents, nous ne trouvons pour ainsi dire jamais signalés les signes qui caractérisent une atteinte du récurrent ; la voix bi-tonale, si fréquente dans les anévrysmes de la crosse aortique ne figure pas dans la symptomatologie propre aux ectasies de l'aorte thoracique descendante.

Au contraire, il n'est pas rare que des *hémoptysies* apparaissent dans le tableau clinique. Ce ne sont pas toujours des hémoptysies terminales, qui entraînent une mort rapide chez des sujets qui subitement vomissent un flot de sang. Bien souvent, la scène est entièrement différente. On voit des malades présenter une expectoration striée de sang ; d'autres fois, ce sont des crachats constitués presque exclusivement par du sang pur ; ces émissions fractionnées se répètent pendant plusieurs jours. Puis le calme reparait et se prolonge pendant un temps plus ou moins long, qui peut atteindre plusieurs semaines et de nouveau l'expectoration devient hémoptoïque.

Le cycle peut se répéter parfois assez longtemps, jusqu'au jour où une irruption sanguine foudroyante provoque l'issue fatale. Pour expliquer ces petites hémoptysies à répétition, il n'est pas obligatoire qu'il existe une fissure du sac anévrysmal mettant ce dernier en communication avec la bronche gauche ; des troubles circulatoires des parois de l'arbre aérien peuvent aussi les produire ; on sait enfin que la tuberculose est fréquente chez les porteurs d'anévrysmes ; elles ne constituent parfois que de simples manifestations d'une affection pulmonaire coexistante. Nous devons attribuer une valeur réelle à ce symptôme au point de vue du diagnostic : l'anévryisme doit être suspecté chaque fois qu'il apparaît chez un malade qui accuse en même temps un syndrome de compression bronchique. L'évolution achemine alors peu à peu le patient vers une issue fatale plus ou moins prochaine ; nous trouvons dans nos observations des cas de survie de plusieurs mois, parfois d'un an et même plus, après la première hémoptysie. L'existence de ce trouble de l'appareil respiratoire assombrit considérablement le pronostic.

L'examen des poumons permet aussi chez certains malades de relever des modifications importantes. Les *signes pulmonaires* consistent le plus souvent en une immobilité relative, sinon absolue, d'un hémithorax, particulièrement du côté gauche ; en même temps, les vibrations vocales sont diminuées sur une étendue plus ou moins grande ; le murmure vésiculaire est perçu moins nettement ; il arrive qu'il fait

place à l'obscurité respiratoire. C'est surtout au sommet qu'il convient de faire ces recherches. Il n'est pas rare de noter tantôt un souffle bronchique, tantôt plus simplement une anomalie du rythme respiratoire : l'expiration est anormalement prolongée. C'est surtout à la compression bronchique que revient le rôle prépondérant dans la genèse de ces manifestations. D'autres fois, l'auscultation décèle des râles à un sommet ; leurs caractères et notamment leur fixité permettent de mettre en cause la bacillose pulmonaire : un certain nombre d'autopsies signalent d'ailleurs ces lésions tuberculeuses d'un sommet. La constatation d'un tel processus masque souvent l'anévrysme concomitant.

Les observations qui signalent des *complications pleurales* sont assez fréquentes. Toutefois, une distinction mérite d'être faite entre les symphises et les adhérences d'une part et les épanchements liquides d'autre part. Si l'existence de ce premier groupe de manifestations est de constatation banale, il n'en est pas de même du dernier qu'on ne relève qu'assez rarement. Nous devons à M. le professeur agrégé Cade une analyse judicieuse de ces atteintes de la plèvre ; l'histoire d'un de ses malades figure parmi nos observations (obs. 5) ; la thèse de Vialle, écrite sous son inspiration, en est une étude d'ensemble très claire et très précise.

Si nous mettons à part les cas d'hydrothorax, il résulte de l'analyse de nos documents que l'épanchement siège habituellement d'un seul côté ; là encore, c'est la plèvre gauche qui est le plus souvent

envahie. Aussi, nous croyons-nous autorisés à dire que l'unilatéralité de l'épanchement est la règle. Les caractères du liquide sont variables : il est tantôt uniquement sero-fibrineux, — c'est là, le cas le plus fréquent, — tantôt hémorragique. La pathogénie de ces manifestations varie avec chaque cas particulier; aussi est-il difficile d'établir un processus uniforme. On relève à l'autopsie des altérations, très différentes elles-mêmes, du poumon sous-jacent : il est tantôt atelectasié, tantôt au contraire congestionné ou œdémateux. D'autres fois, l'existence de lésions de pneumonie chronique éveille l'hypothèse d'une origine syphilitique. Enfin la constatation d'un envahissement tuberculeux, soit à forme granulique, soit pneumonique ou broncho-pneumonique sur une plus ou moins grande étendue du poumon intéressé est également assez fréquente. Néanmoins, le diagnostic de ces manifestations pleurales est rarement d'une complexité embarrassante.

Mais la question est plus difficile à résoudre, quand il faut dépister l'anévrysme chez des malades dont l'examen révèle un épanchement pleurétique dans la plèvre gauche. Ce dernier masque la lésion artérielle, qui ne se manifeste souvent par aucun signe tant physique que fonctionnel : on ne trouve aucune tumeur pulsatile et expansive ; l'interrogatoire ne permet pas de relever aucun de ces troubles de compression que nous avons signalés plus haut. L'ectasie risque fort de passer inaperçue ou de n'être découverte qu'à l'autopsie. M. Cade, dans le travail déjà signalé, présente un certain nombre de signes

pleuro-pulmonaires capables, dans de telles circonstances, de mettre sur la piste du vrai diagnostic.

A sa suite, nous dirons qu'un anévrysme de l'aorte thoracique descendante doit être soupçonné chaque fois que quelque anomalie concernant la symptomatologie habituelle d'un épanchement est constatée chez de tels malades. Il n'est pas rare d'observer chez certains sujets une rétraction de l'hémithorax atteint; il arrive aussi que le tableau clinique en impose pour un épanchement abondant (dyspnée intense, matité et obscurité respiratoire sur une grande surface) et commande une ponction qui ne permet de retirer qu'une très faible quantité de liquide; l'immobilité de cet épanchement doit être notée avec soin; enfin, un examen cytologique qui donne une formule mécanique ou mixte, différente de celle de la pleuro-tuberculose primitive, l'absence du sero-diagnostic tuberculeux positif, l'inoculation au cobaye négative complètent la liste de ces symptômes anormaux.

Il convient d'attribuer à ces signes toute la valeur qu'ils méritent; leur importance est d'autant plus grande que, dans de tels cas, l'image radioscopique ne permet pas toujours de déceler la tumeur anévrysmatique. Si, parfois, celle-ci peut être cachée par l'opacité due à la présence de l'épanchement, d'autres fois il est possible, grâce à la radioscopie, de contrôler et d'affirmer l'hypothèse émise.

Il fut une époque où une erreur, que nous savons aujourd'hui éviter, était volontiers commise: elle consistait à mettre l'étiquette d'anévrysme aortique

à ce qui n'était en réalité qu'une simple pleurésie. Au début du dix-neuvième siècle, plusieurs auteurs ont signalé des cas de tumeurs liquides, apparaissant au travers des parois thoraciques, animées de battements, qui en imposaient pour une poche anévrysmale extériorisée. Nous savons, depuis, que bien souvent ces poches, presque toujours purulentes, sont dues à des pleurésies pulsatiles. Ces mêmes auteurs ont d'ailleurs bien vite reconnu leur faute ; c'est eux qui nous ont appris à ne plus la commettre : les battements ainsi constatés ne s'accompagnent jamais de mouvements d'expansion.

L'erreur contraire est possible également : c'est alors un anévrysme qui simule une pleurésie. De suite apparaissent les dangers auxquels expose une pareille confusion, si, chez de tels malades, on fait usage d'aiguilles un peu trop grosses pour pratiquer une ponction exploratrice d'ailleurs inutile, qui pourrait être évitée par un examen à l'écran. Plusieurs cas analogues ont fait l'objet de publications diverses ; nous résumons à ce sujet l'observation d'Oulmont : il s'agit d'un malade qui présentait à l'examen une matité et une obscurité respiratoire très étendue au niveau de l'hémithorax gauche ; ce sujet était porteur d'un volumineux anévrysme de l'aorte thoracique qui, depuis le quatrième espace intercostal, occupait la place du poumon gauche.

IV. — Troubles cardio-vasculaires.

Manifestations inconstantes et le plus souvent tardives des anévrysmes, ces troubles n'attirent guère l'attention. Il est vrai que la maladie évolue fréquemment sans qu'ils aient le temps d'apparaître. Nos documents n'insistent que rarement à leur sujet ; il nous paraît juste de ne leur accorder qu'une importance de second ordre.

Certains auteurs signalent dans leurs publications une augmentation du volume du cœur : la pointe bat dans le sixième espace intercostal gauche. Les autopsies ont permis de constater dans ces cas, soit des lésions d'insuffisance aortique d'origine artérielle, soit des altérations rénales. C'est ces deux diagnostics qu'il est nécessaire d'éclaircir quand on est en présence d'une telle manifestation. Habituellement, le cœur n'est pas gros dans les anévrysmes de l'aorte.

Nous croyons bon de rappeler que Hope a signalé la possibilité de percevoir une double impulsion à la pointe, simulant un galop. Ce signe se rencontre d'une façon exceptionnelle. Il se présente lorsque la poche anévrysmatique siège en arrière du cœur ; dans ce cas, on perçoit parfois la transmission par le cœur d'une secousse due à la distension du sac.

Des souffles anorganiques sont encore notés dans diverses publications : ils sont, le plus souvent, étrangers à l'anévrysme et dépendent d'une lésion du plancher aortique. Un malade de M. Chali

(obs 2) présentait un souffle particulier, que nous n'avons retrouvé nulle part. Ce souffle diastolique, inconstant, net surtout au début de l'inspiration, était perçu au-dessous de la pointe de l'omoplate gauche, près de la colonne vertébrale, sur une étendue de cinq à six centimètres de diamètre. Son analogie avec les souffles décrits par Potain le fit considérer comme un *souffle anorganique aortico-pulmonaire*.

Un signe mérite une mention spéciale, c'est le *retard du pouls femoral*. Sa recherche est facile : à elle seule, la simple palpation permet déjà de le noter ; des tracés sphymographiques enregistrant en même temps le choc de la pointe le mettent encore mieux en évidence. Sa constatation chez des malades, qui présentent d'autre part certaines des manifestations que nous avons signalées plus haut, est excessivement précieuse. Il indique, à coup sûr, l'existence d'une compression médiastinale, qu'il convient alors de contrôler et d'en rechercher la nature. Toutefois, sa valeur n'est pas absolue : en effet, il arrive parfois qu'il fait défaut, c'est en vain que l'on met en œuvre tous les moyens pour le déceler.

Enfin, il est un dernier symptôme qui impose, d'office, le diagnostic, chaque fois — et ces cas sont rares — qu'il est possible de le noter ; nous voulons parler de l'apparition d'une *tumeur* pulsatile et expansive. Il est bon, pour la constater dès qu'elle se révèle, de ne point perdre de vue son siège habituel : elle occupe, le plus souvent, la région dorsale soit au

niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, soit l'espace compris entre le bord spinal de cet os et la colonne vertébrale. Les caractères de cette tumeur, dont les dimensions sont excessivement variables, permettent d'affirmer l'anévrysme : tumeur molle, réductible au moins en partie, animée de battements et de mouvements d'expansion qui suivent de près la systole cardiaque ; il arrive aussi assez fréquemment que l'on perçoit un thrill à son niveau. Certaines manifestations sont susceptibles de donner l'éveil, lors de son extériorisation : c'est ainsi que des douleurs dorsales nettement localisées, correspondant à une zone où la percussion décèle une matité anormale, précèdent bien souvent son apparition ; il appartient alors à la radioscopie de fournir des renseignements plus précis. On sait depuis Fr. Franck que l'étude comparative d'un tracé où figurent en même temps le pouls de la tumeur et celui des carotides, enregistrés en des temps déterminés, permettent de localiser l'ectasie avec précision.

Mais la constatation de la tumeur sanguine n'est pas toujours une recherche facile : une observation minutieuse est nécessaire. La palpation large du thorax peut quelquefois permettre de trouver un foyer imperceptible de battements ; nous avons dit plus haut comment il est possible d'éviter l'erreur qui consiste à prendre une pleurésie pulsatile pour un anévrysme. D'autre part, de nombreux procédés d'investigation ont été indiqués pour faire mieux apparaître cette pulsatilité ; il est bon d'y avoir recours quand la palpation n'apporte aucune donnée

nouvelle. Il fut possible à M. Chalier (obs. 2), de la déceler d'une façon inattendue. Un de ses malades était porteur d'un anévrysme de l'aorte thoracique descendante qu'un examen à l'écran avait affirmé. Comme il se plaignait de vives douleurs au niveau de la région dorso-lombaire, des ventouses assez rapprochées furent appliquées sur ces points douloureux. Un peu plus tard, l'entourage du malade, mis au courant de la nature de l'affection, révéla qu'à différentes reprises l'occasion lui fut donnée d'entendre les verres s'entre-choquer. On n'a pas cherché à renouveler ce phénomène. Toutefois, deux causes pouvaient contribuer à produire le *signe de la ventouse* : des battements méconnus de la tumeur sanguine d'une part ; de l'autre, les mouvements respiratoires ; il est difficile de dire, étant donnée l'insuffisance de l'observation, auquel de ces deux facteurs il convient de réserver la première place.

Evolution

Tel est le tableau symptomatique qui se dégage de l'étude des documents qu'il nous a été possible de recueillir. Nous n'avons pas la prétention d'en avoir présenté une analyse complète et détaillée ; nous n'avons voulu que jeter un coup d'œil d'ensemble sur les principales manifestations des anévrysmes de l'aorte thoracique descendante. Il est exceptionnel de les trouver toutes réunies chez les malades qui nous intéressent : tantôt tel symptôme, tantôt tel autre domine la scène. On pourrait établir ainsi autant de formes cliniques particulières ; ce serait, il nous semble, un point de vue un peu trop schématique. Notre désir est de compléter cette étude par quelques considérations sur l'ÉVOLUTION de la maladie.

L'apparition de la dysphagie, nous l'avons dit plus haut, accroît singulièrement la gravité du pronostic. Les malades qui la présentent, en arrivent à se priver

d'aliments et tombent peu à peu dans un état d'*inanition* qui les conduit rapidement dans une sorte de cachexie. Toutefois, ce dénouement est relativement rare.

Plusieurs observations signalent aussi l'apparition de *complications vertébrales et médullaires* : ce sont là des faits exceptionnels. Il ressort de l'étude comparative des compte-rendus d'autopsies que, pour que ces troubles surviennent, il est nécessaire que les lésions osseuses aient acquis un degré très accentué. Il s'agit alors de destructions profondes de certains éléments de la colonne vertébrale, permettant ainsi la pénétration de la tumeur ou l'irruption du sang dans le canal rachidien. Mais les altérations ne sont pas toujours aussi importantes ; le sac anévrysmal, s'il se développe en arrière ou sur les côtés, cause le plus souvent un certain degré d'érosion vertébrale. Dans ce cas, le patient accuse une recrudescence des symptômes douloureux.

A ce propos, nous avons trouvé dans les archives d'électricité médicale de 1903, l'histoire d'un malade de Castex et Lautier. Il s'agit d'une femme de 58 ans, soignée antérieurement pour « névralgie rhumatismale » ; elle accusait, à son entrée à l'hôpital, des douleurs fixes, progressivement croissantes, dans le dos à la partie moyenne de la colonne vertébrale ; ces douleurs étaient rebelles à toute médication ; les efforts et le decubitus dorsal les rendaient plus intenses. Ces caractères avaient conduit les auteurs à soupçonner un anévrysme ; la radioscopie confirma le diagnostic et permit de situer la tumeur sur le

trajet de l'aorte thoracique descendante. Au cours de l'évolution survint une paraplégie à peu près complète, accompagnée de douleurs atroces dans les membres inférieurs.

D'autre part, dans sa thèse, Andréeff rapporte une observation, que nous résumons. Un homme de 52 ans, ancien syphilitique, racontait qu'après une chute il avait ressenti une douleur à l'hypocondre gauche ; les ressources de la thérapeutique avaient été impuissantes à la calmer. A l'hôpital, il fut possible de constater au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate gauche une tumeur ronde du volume d'une mandarine, animée de battements synchrones aux mouvements du cœur ; son volume subit un accroissement rapide : elle eut bientôt la grosseur d'une tête de fœtus à terme. Au cours de son évolution, apparurent des troubles sphinctériens : constipation et rétention d'urine ; puis on vit s'établir une paraplégie flasque avec abolition des réflexes rotuliens, plantaires, crémastériens et abdominaux au-dessous de l'ombilic. La dysphagie s'était déjà installée. L'autopsie montra un volumineux anévrysme qui s'étendait depuis le bord inférieur de la bronche gauche jusqu'au diaphragme ; la partie interne des septième et huitième côtes était usée de même que le corps des dixième, onzième et douzième vertèbres dorsales ; à ce niveau, le canal médullaire était ouvert et la moëlle était complètement sectionnée dans le sens transversal.

Mais la complication la plus fréquente, qui entraîne d'ailleurs l'issue la plus tragique est la *rupture* de la

poche anévrysmatique. Le sang s'épanche dans un organe creux voisin : bronche, œsophage ou plèvre.

Dans le premier cas, la mort survient avec une soudaineté imprévue à la suite d'une *hémoptysie foudroyante* : la rupture a mis en communication le sac anévrysmal avec une bronche. Le tableau clinique est bien connu : de petites hémoptysies à répétition ont pu, les jours précédents, faire prévoir la complication mortelle ; puis, brusquement, se produit l'inondation sanguine, pendant que le malade fait quelques efforts de toux ou de vomissements ; aussitôt, il est en proie à un violent accès de suffocation. Son visage ne tarde pas à exprimer une angoisse atroce et en quelques secondes apparaît un état syncopal qui met un terme à ses souffrances. C'est ainsi qu'est mort le malade de MM. Mollard et Rebattu, dont nous rapportons l'observation à la fin de cet exposé (obs. 6).

Les cas sont peut-être plus nombreux où la rupture permet au sang d'envahir l'œsophage et la scène est aussi dramatique. L'*hématémèse* foudroie alors en quelques instants le malade et cette mort survenant chez un sujet, qui subitement vomit un flot de sang, après n'avoir bien souvent accusé que des troubles insuffisants pour permettre un diagnostic exact, impressionne douloureusement l'entourage non prévenu.

D'autres fois, c'est dans la *plèvre* que se produit l'*hémorragie* ; là encore, c'est la plèvre gauche qui est le plus souvent intéressée. Mais, par contre, dans ce cas, la règle n'exige pas qu'un dénouement

fatal accompagne aussitôt l'inondation sanguine. Il arrive que certains malades tolèrent cet épanchement pendant un temps plus ou moins long. Diverses publications signalent des survies semblables ; dans la thèse de Berdot figure, à ce sujet, une observation très intéressante de Baylac. Elle concerne un homme de 62 ans, qui présente tous les signes d'un épanchement pleural gauche. Deux mois plus tard, la quantité de liquide paraissant abondante du fait des signes constatés : dyspnée intense, déviation du cœur, abaissement du foie, une ponction à l'aiguille de Potain est pratiquée ; on retire un litre de sang pur, qui se prend en caillots dans la bouteille. La nature du liquide fait arrêter la thoracentèse. Quatre jours après survient le décès par syncope. A l'autopsie, on découvre une grosse tumeur anévrysmatique, située sur le trajet de l'aorte thoracique descendante ; elle adhère à la plèvre et présente en un point une fissure. Dans la cavité pleurale gauche se trouve un caillot noirâtre pesant 1750 grammes. Ce cas fait bien voir qu'il existait déjà, depuis deux mois environ, des manifestations pleurales, quand la ponction permit de reconnaître qu'ils s'agissait d'un épanchement sanglant dû à l'ouverture d'un anévrysme dans la plèvre gauche. C'est avec juste raison que Stokes avait déjà formulé à ce sujet des avertissements précieux. « La mort, disait-il, peut ne pas
« survenir immédiatement, quand l'ouverture de
« l'anévrysme se fait dans la plèvre ; c'est ainsi
« qu'on a vu plusieurs épanchements sanglants de
« la cavité pleurale se produire successivement, alors

« que dans l'intervalle, la santé paraissait excellente ».

Néanmoins, ce n'est pas toujours avec cette lenteur que se déroulent les événements : il y a des cas où le dénouement est plus brutal. Un malade de M. Chaliier (obs. 3), présenta à ce sujet une évolution caractéristique : il s'agissait d'une femme, atteinte d'un anévrysme de la portion initiale de l'aorte thoracique descendante. Elle accusa d'abord un syndrome de compression de la bronche gauche ; puis, dans les derniers jours qui ont précédé la mort, on vit survenir des douleurs, de l'angoisse précordiale et une dyspnée très vive. Des tendances syncopales apparurent en même temps : le pouls était très rapide, incomptable, sans tension. Une amélioration très nette, mais temporaire, se produisit sous l'influence de la médication instituée. Mais la patiente ne tarda pas à accuser un certain degré de dysphagie et brusquement la dyspnée devint atroce ; elle mourut dans une syncope. L'autopsie put fournir l'explication de ces manifestations de trois ordres différents. Un petit anévrysme, gros comme un œuf de poule, comprimait la bronche gauche et avait donné lieu à un anévrysme médiastinal disséquant qui englobait l'œsophage ; celui-ci, enfin, s'était ouvert dans la plèvre droite. Cette dernière contenait un énorme caillot ; la quantité de sérum permettait d'évaluer à environ deux litres l'abondance de l'hémorragie.

Diagnostic

Les anévrysmes de l'aorte thoracique descendante sont d'un diagnostic difficile. La pauvreté du tableau clinique, la symptomatologie d'emprunt, qu'ils revêtent le plus souvent, contribuent à en accroître encore la complexité. Il n'entre pas dans le cadre de cette étude d'envisager toutes les affections qui peuvent de plus ou moins près entrer en compte dans la discussion du diagnostic ; telle, du moins, n'est pas notre intention. Au cours de l'étude symptomatique nous avons déjà signalé quelques-unes des maladies qu'ils simulent ; on croit à un premier examen être en présence de simples névralgies intercostales, de lumbago, mal de Pott, tabes, épanchement pleural banal, tuberculose pulmonaire, cancer œsophagien, etc... ; nous avons dit comment il nous semble aujourd'hui possible, par une exploration plus attentive et plus minutieuse, d'éviter l'erreur.

Toutefois, nos documents contiennent des obser-

vations très intéressantes où le diagnostic fut hérissé des difficultés les plus variées. Nous résumons entre autres celle de Meunier (de Blois), où est relaté le cas d'un malade de 47 ans. Cet homme avait accusé d'abord des douleurs dorsales très vives, mais intermittentes à intervalles très espacés, pendant quatre ans. A ce moment, la scène s'était modifiée : une grosse gêne respiratoire était apparue et peu après des signes indiquaient l'existence d'un épanchement pleural gauche. Après une ponction qui avait permis de retirer 1200 grammes d'un liquide transparent, on notait un soulèvement de la paroi thoracique postérieure depuis la deuxième jusqu'à la sixième côte et on constatait à ce niveau la présence d'une tumeur molle, réductible, animée de mouvements d'expansion suivant de près la systole cardiaque. La dyspnée et la dysphagie ne tardèrent pas à se manifester. La rupture de l'anévrysme fut la cause de la mort.

Mais ce qui importe, c'est que quelque signe par ses caractères plus ou moins anormaux oriente assez tôt l'esprit vers l'idée d'un anévrysme de l'aorte thoracique descendante. Il faut alors mettre en œuvre tous les procédés d'investigation, capables d'éclaircir le diagnostic sans gros dangers pour le malade. La *radioscopie* remplit ces conditions : on doit, de nos jours, voir en elle un moyen de contrôle susceptible de transformer en une certitude ce qui n'était qu'une hypothèse.

Au cours de notre analyse de la dysphagie, nous avons insisté particulièrement sur les risques d'un cathétérisme aveugle. C'est seulement après que les

rayons X ont permis de déceler l'existence supposée ou non d'un anévrysme aortique, qu'il est possible d'envisager la nécessité de recourir à l'olive exploratrice pour se rendre compte du degré de perméabilité de l'œsophage. Encore, dans ce cas, de même que pour l'œsophagoscopie, est-il indispensable d'agir avec la plus grande prudence.

Pour que l'examen à l'écran fournisse les renseignements que l'on attend de lui, il est nécessaire de le pratiquer avec une grande attention et de mettre en œuvre tous les moyens susceptibles de faire apparaître l'ombre anévrysmatique. Du fait de la situation de l'aorte thoracique descendante, le résultat n'est pas toujours facile à obtenir. Ce sont les examens oblique antérieur droit et oblique antérieur gauche qui donnent les meilleurs renseignements ; l'espace clair postérieur est ainsi visible, une recherche minutieuse permet d'en apprécier l'intégrité. Et si on découvre dans cette zone une image anormale, il est possible alors d'en faire apparaître tous les aspects et de la situer en faisant prendre au patient diverses positions.

Les caractères de cette image doivent être observés avec soin ; l'ombre fait-elle saillie ? Est-elle animée ou non de battements ? Présente-t-elle des mouvements d'expansion à chaque systole cardiaque ? Tels sont les points qui doivent particulièrement attirer les regards. Le diagnostic d'anévrysme est alors affirmé, il reste à en préciser le siège. On fait prendre pour cela au malade des attitudes diverses, il est ainsi possible de localiser la tumeur en tel ou tel point de l'aorte thoracique descendante.

Toutefois, il arrive dans certains cas qu'il est impossible de constater ces battements ou ces mouvements d'expansion ; il s'agit alors d'anévrysmes, dont les parois, déjà épaissies, sont renforcées par des caillots anciens plus ou moins organisés. En présence d'une telle image, le doute est permis et le cathétérisme explorateur reste formellement contre-indiqué. Il arrive que le diagnostic radiologique de certains anévrysmes, malgré une observation attentive, est très difficile : c'est surtout quand la tumeur anévrysmatique siège en arrière du cœur que la sagacité des radiologues est livrée à une rude épreuve.

Quoi qu'il en soit, la découverte de Röntgen est une acquisition précieuse pour la recherche des ectasies de l'aorte thoracique descendante. Les cas sont nombreux, où l'examen à l'écran a révélé l'existence de la tumeur. Cependant il se peut quelques fois qu'en dépit d'une exploration minutieuse les rayons X soient impuissants à déceler la cause des troubles accusés par les malades. Un examen négatif ne doit donc pas exclure d'une façon absolue l'hypothèse d'une ectasie de l'aorte thoracique descendante ; le doute peut subsister.

Monsieur le Professeur Roque, dans ses leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu, a signalé une observation très instructive à tout égard (obs. 1). Un malade de 60 ans, ancien tuberculeux, était soigné depuis cinq ans pour une infiltration fibreuse bilatérale des sommets. A son entrée à l'hôpital, il se plaignait d'une dysphagie régulièrement progressive, qui durait depuis trois mois : c'était une dysphagie abso-

lue, accompagnée de régurgitations. Du fait de l' inanition, l' amaigrissement était très rapide, le malade s' acheminait bien vite vers la cachexie. Ce syndrome œsophagien faisait envisager diverses hypothèses ; la possibilité d' un ulcère œsophagien de nature tuberculeuse, affection exceptionnelle, fut rejetée ; rien ne permettait d' admettre un rétrécissement spasmodique réflexe, comme il en existe au cours de certains états gastriques ou entéritiques ; seul un cancer de l' œsophage pouvait être pris en considération. En présence d' un tel doute, on eut recours à la radioscopie : aucune trace de tumeur anévrysmatique ne fut décelée, mais l' épreuve au cachet de bismuth révéla un obstacle au niveau de la quatrième côte. Ces données encouragèrent à tenter un cathétérisme explorateur : il permit de reconnaître l' existence de deux rétrécissements : le premier spasmodique, au niveau de la quatrième côte, le second infranchissable, près du cardia. On fit appel enfin à l' œsophagoscopie ; celle-ci laissa voir, entre les deux points rétrécis, un œsophage dilaté en besace, d' aspect blanc lavé ; mais quelques battements aperçus au fond de la lumière œsophagienne firent interrompre aussitôt l' exploration. La mort survint subitement quelques jours plus tard. A l' autopsie, on découvrit un anévrysme de la partie inférieure de l' aorte thoracique descendante, qui avait provoqué un rétrécissement œsophagien extrinsèque juste au-dessus de l' orifice diaphragmatique. Les parois étaient renforcées, par d' épais caillots stratifiés, ce qui explique la limitation des mouvements d' expansion

de la tumeur. La radioscopie avait été pratiquée seulement en position oblique antérieure droite ; un examen postérieur ou latéral gauche aurait sans doute permis de voir l'image de l'anévrysme que l'ombre du cœur avait masquée.

De ces faits, il résulte que la plus grande prudence doit être la règle dans le choix des procédés d'exploration, auxquels on demande de révéler la cause de certains symptômes bizarres observés chez quelques malades, de même qu'une attention avertie et minutieuse est indispensable pour la recherche radiologique à laquelle on demande d'affirmer la nature de la maladie et le siège de la tumeur. Pour cela, il est nécessaire de placer le sujet dans toutes les positions susceptibles de faire apparaître nettement sur l'écran l'espace clair postérieur. Et si, malgré tout, l'examen radioscopique est négatif, il n'est pas permis d'affirmer qu'il n'existe pas d'anévrysme. A ces conditions seulement, il est possible, sans faire courir de trop gros risques au patient, d'établir le diagnostic d'anévrysme de l'aorte thoracique descendante.

Observations.

OBSERVATION I

Observation résumée de M. le professeur Roque
(leçons de Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu).

Il s'agit d'un homme de 60 ans, hospitalisé à l'Hôtel-Dieu, en 1911, salle Sainte-Elisabeth. Ce malade est un ancien tuberculeux, soigné depuis cinq ans pour des lésions de sclérose bilatérale des sommets avec infiltration. Trois mois avant le séjour actuel apparut une gêne de la déglutition. Depuis, la dysphagie a fait des progrès constants et graduels ; elle se manifesta d'abord pour les solides, se révéla ensuite pour les pâtes, enfin pour les liquides. A ce jour, le syndrome dysphagique est complet : l'ingestion d'une quantité minime de liquides est suivie de régurgitations. Le malade se prive de nourriture, l'amaigrissement est rapidement progressif ; le sujet est dans un état voisin de la cachexie. On est évidemment en présence d'un rétrécissement œsophagien ; mais sa nature est sujette à discussion. Malgré la notion d'une tuberculose pulmonaire concomitante, l'hypothèse d'un ulcère tuberculeux de l'œsophage, affection exceptionnelle, ne retient pas l'attention. On n'a aucune raison de songer à un rétrécissement spasmodique réflexe, comme la chose se voit au cours de cer-

taines gastropathies ou entéropathies ; le diagnostic de cancer de l'œsophage serait plus satisfaisant. On pratique un examen radioscopique : il ne révèle pas d'anévrysme, mais montre l'arrêt du cachet de bismuth ingéré à la hauteur de la quatrième côte. On a recours alors au cathétérisme, rendu possible par les données radioscopiques : on note un premier rétrécissement aisément franchissable au niveau de la quatrième côte, à vingt-sept centimètres des arcades dentaires ; mais un second est infranchissable à trente-huit centimètres ; il s'agit donc d'un premier rétrécissement supérieur spasmodique et d'un deuxième inférieur et infranchissable près du cardia. Enfin, l'œsophagoscopie, après un pompage long et pénible, montre entre les deux rétrécissements un œsophage dilaté en besace, d'aspect blanc lavé ; l'exploration est bien vite interrompue en raison de la perception de quelques battements. Six jours plus tard, le malade meurt subitement dans la nuit.

A l'autopsie, on est en présence d'un anévrysme, qui siège à la partie inférieure de l'aorte thoracique descendante ; il avait usé la colonne vertébrale d'une part et déterminé un rétrécissement œsophagien extrinsèque juste au-dessus de la traversée diaphragmatique ; les parois, épaissies de plusieurs centimètres en raison de la présence de caillots stratifiés, avaient dû s'opposer à de notables mouvements d'expansion.

OBSERVATION II

Anévrysme de la partie inférieure de l'aorte thoracique à symptômes anormaux : bruit de glou-glou rythmé, souffle anorganique aortico-pulmonaire diastolique. (Observation de M. le Dr Joseph Chalier) (1).

M. M..., vu pour la première fois le 9 décembre 1913, vient consulter le docteur Joseph Chalier pour de l'albuminurie.

(1) Cette observation résumée a été publiée in Société médicale des hôpitaux de Lyon, 2 mars 1920, et *Lyon médical*, 25 avril 1920, page 365.

C'est un homme âgé de 63 ans, qui s'est bien porté jusqu'à 58 ans. Il nie toute affection sérieuse antérieure, et notamment la syphilis.

Cinq ans auparavant, il fut atteint de grands vertiges et, pour ne pas tomber, n'avait que le temps suffisant de s'asseoir rapidement ; ces phénomènes s'amendèrent, mais quelques troubles visuels en parurent le reliquat, notamment la difficulté de fixer longtemps le regard sur le même point sans apparition d'un léger vertige.

Depuis trois ans se sont manifestés quelques troubles dyspeptiques, sans gravité, avec accompagnement éventuel, mais rare de vomissements aqueux sans goût spécial.

Les vertiges se sont reproduits depuis deux ans, moins intenses, mais n'ont jamais totalement disparu. Ils sont plus marqués à l'occasion de céphalées, parfois tenaces, prédominant du côté droit du crâne. Parfois la vue se trouble et à maintes reprises le malade a vu double. A l'occasion de ces divers accidents, les urines ont été examinées, et l'albuminurie décelée. Elle devait persister indéfiniment.

Enfin, quelques crachats sanglants ont été émis il y a quelques semaines.

Le malade se plaint actuellement de céphalées vives, de sensations vertigineuses, de crampes dans les mollets, de cryesthésie. L'examen révèle des temporales très flexueuses, un disque notable d'albumine, et la tension artérielle à l'aide de la méthode de Riva Rocci donne les chiffres de 185/80. Le cœur est un peu gros. La pointe bat dans le cinquième espace un peu en dehors de la mamelonnaire ; à son niveau on note un léger galop. A la base existe un double souffle aortique ; l'insuffisance aortique est prédominante et s'accompagne des signes périphériques usuels ; le rétrécissement est certain de par la propagation du souffle systolique dans les vaisseaux du cou ; l'aorte est perceptible à la fourchette sternale et son aire de matité est élargie.

Par ailleurs, à part l'existence de quelques râles muqueux à la base gauche, l'examen est négatif. Notamment les réflexes pupillaires et rotuliens sont normaux.

Aucun changement notable ne survient jusqu'en août 1914.

Le malade est perdu de vue pendant la guerre. Au retour de la guerre, en mars 1919, il nous rappelle. La situation s'est aggravée.

Depuis plusieurs années, l'albuminurie reste à un taux fixe autour de 0 gr. 50 par litre ; mais il n'y a pas d'œdème des membres.

Le cœur a grossi ; sa pointe bat dans le sixième espace, en dehors de la ligne mamelonnaire. Les signes aortiques ont conservé leur netteté, mais l'aorte paraît un peu plus élargie. La pression est de 175/80.

Aux deux bases en arrière, on note des râles muqueux fixes.

Le malade se plaint de diverses douleurs ; les unes rétrosternales, sourdes, en arrière de l'appendice xiphoïde ; les autres *dorso lombaires* constantes, parfois très vives, à prédominance à gauche.

Aucun signe tabétique n'est relevé, notamment du côté des réflexes.

Les digestions pénibles, lentes, s'accompagnent d'une impression de pesanteur persistante à l'épigastre ; de ce chef le malade a réduit son alimentation, mais l'appétit a diminué, et il y a un amaigrissement progressif ; l'examen révèle seulement quelques battements épigastriques.

Le malade, qui a de la dyspnée d'effort, reste confiné à la chambre.

Deux mois plus tard, certains signes, tels que céphalée persistante, somnolence, prurit, anorexie, éveillent l'idée d'azotémie ; le dosage de l'urée sanguine donne 0 gr. 40 seulement.

Par contre, les troubles digestifs se sont accentués ; quelle que soit l'ingestion alimentaire, l'épigastre est douloureux ; de plus il y a manifestement un certain degré de dysphagie ; les douleurs rétroxiphoidiennes et dorso-lombaires continuelles sont plus prononcées.

Une radioscopie, pratiquée par le docteur Coste, démontre l'existence d'une poche anévrysmale développée à la partie inférieure, sus-diaphragmatique, de l'aorte thora-

cique. Du volume du poing, animée de mouvements d'expansion, elle comprime et refoule l'œsophage en avant et le coude.

Les examens cliniques ultérieurs ont révélé deux signes qui jusque là avaient échappé : après avoir fait boire le malade, l'auscultation dorsale décèle un *bruit de glou-glou* rythmé diastolique : ce bruit persiste, atténué, une heure après l'ingestion ; il s'entend aussi manifestement au niveau de l'appendice xiphoïde et de l'épigastre, aussi est-il difficile de dire s'il s'agit d'un glou-glou œsophagien au-dessus de la sténose, ou d'un glou-glou gastrique.

En outre, au-dessus de la pointe de l'omoplate, près de la colonne vertébrale, en une zone de 5 à 6 centimètres de diamètre, existe un *souffle anorganique aortico-pulmonaire* diastolique, inconstant, au début de l'inspiration, et très doux ; dans la zone sous-jacente, les râles ne sont pas rythmés.

On ne relève aucune pulsatilité du thorax ; mais la femme du malade, mise au courant de la nature de la lésion, nous dit spontanément qu'elle s'explique alors pourquoi, lorsqu'elle appliquait dans la région dorso-lombaire, siège des douleurs, des ventouses assez rapprochées, à maintes reprises elle les entendit s'entrechoquer. Ce symptôme n'a pas été recherché par nous-mêmes, et comme aucune pulsatilité n'a été constatée, il est probable que ce bruit de ventouses est lié uniquement aux mouvements respiratoires.

La mort est survenue rapidement chez ce sujet débilité par une dysphagie de plus en plus prononcée : l'état général ne permit pas de pratiquer une gastrostomie. L'autopsie, chez ce malade de clientèle, fut impossible.

OBSERVATION III

Anévrysme de la portion initiale de l'aorte thoracique descendante. Mort par anévrysme disséquant et ouverture secondaire dans la plèvre droite (Observation résumée de M. le Docteur J. Chalier) (1).

Il s'agit d'une femme hospitalisée en 1920 à l'hôpital de la Croix-Rousse. A son entrée, elle présente tous les signes d'une compression médiastinale. Ce syndrome persiste pendant plusieurs semaines. Six jours avant la mort surviennent des douleurs, de l'angoisse précordiale, une dyspnée vive, des tendances syncopales; le pouls est très rapide, incomptable et sans tension. A la suite de piqûres diverses, cet état s'amende; mais la malade ne tarde pas à accuser de grosses difficultés à l'occasion de la déglutition. Enfin, brusquement la dyspnée s'accroît, une syncope survient et la malade meurt en quelques instants. Il s'agissait d'une ectasie de la partie supérieure de l'aorte thoracique descendante.

A l'autopsie, on trouve un petit anévrysme du volume d'un œuf de poule, qui comprime la bronche gauche et qui a donné lieu à un anévrysme médiastinal disséquant, comprimant l'œsophage; ce dernier s'est rompu dans la plèvre droite, où se trouvent un gros caillot noirâtre et une quantité de sérum qui permet d'évaluer à environ deux litres l'abondance de l'hémorragie.

OBSERVATION IV

Anévrysme de l'aorte thoracique descendante et tabes.
(Malade de MM. Mouisset et Bérard. Observation de MM. J. Chalier et Vincent) (2).

Il s'agissait d'un malade de 55 ans. Ancien paludéen, il niait toute spécificité; l'interrogatoire ne permettait pas de

(1) Cette observation a fait l'objet d'une communication à la Société médicale des hôpitaux de Lyon, 19 octobre 1920.

(2) Observation publiée in Mémoires et comptes-rendus de la Société des Sciences médicales de Lyon, 18 novembre 1908.

relever d'accident imputable à la syphilis; cependant, à l'âge de 32 ans, il subit une iridectomie; d'autre part, sa femme eut deux fausses couches.

Les douleurs thoraciques, qui motivèrent l'entrée du malade à l'hôpital, remontaient à trois mois; elles revêtaient parfois le type en ceinture, mais siégeaient toujours *en prédominance ou exclusivement du côté droit*. Elles étaient vives au point d'empêcher tout sommeil.

L'examen permit de constater des signes indiscutables de tabes : abolition complète des réflexes rotuliens, incoordination motrice, disparition complète des réflexes pupillaires à la lumière des deux côtés, etc....

Au cœur, existaient tous les signes classiques de l'insuffisance aortique.

Etant donnée l'intégrité du thorax et de la colonne vertébrale, deux explications étaient possibles pour interpréter l'origine des névralgies intercostales rebelles. On pouvait songer aux douleurs thoraciques en ceinture des tabétiques, mais la prédominance des souffrances du côté droit était défavorable à cette hypothèse. Il était plus rationnel d'admettre une compression médiastinale par une tumeur. Et, comme il existait une aortite de la crosse indubitable, c'est à un *anévrisme de l'aorte thoracique descendante* qu'il fallait songer. C'est à ce diagnostic de probabilité que s'arrêta M. Mouisset.

Pour le confirmer, il fit examiner le malade aux rayons X. Là, on ne découvrit aucune tumeur.

Entre temps, le malade quitte l'hôpital. Il revint un mois plus tard avec une dysphagie et des douleurs thoraciques retro-sternales atroces. Deux jours plus tard, il mourut.

A l'autopsie, on découvrit une ulcération œsophagienne, origine d'une médiastinite suppurée et d'une péricardite purulente qui entraînèrent l'issue fatale.

Du côté de l'aorte on constate une insuffisance aortique très nette; tout le vaisseau est atteint d'artérite. D'autre part, fait le plus important, existe à la partie inférieure de l'aorte thoracique descendante un anévrysme du volume d'un œuf de dinde, développé aux dépens de la paroi postérieure du

vaisseau. Le sac était intimement appliqué contre la colonne vertébrale, dont il avait déjà commencé à éroder les corps de deux vertèbres. Cette disposition rend bien compte de la production des névralgies intercostales rebelles, à prédominance d'un côté.

L'autopsie est venue confirmer de tous points le diagnostic clinique, que les observations radioscopiques auraient pu rendre hésitant.

OBSERVATION V

Pleurésie de la base du poumon gauche. — Épanchement peu abondant. — Symphise partielle. — Autopsie : anévrysme de la portion initiale de l'aorte thoracique. — Pleuro-pneumonie chronique du côté gauche. — Pas de tuberculose.

(Observation de M. le Professeur agrégé Cade, recueillie dans le service du Professeur Bondet) (1).

M. L..., 43 ans, rentre à la salle Saint-Augustin le 16 novembre 1903, pour de très vives douleurs ressenties dans toute la moitié gauche du thorax.

Ses parents sont morts : son père hydropique, et sa mère d'une maladie de cœur.

Sa femme se porte bien, il a deux enfants vivants.

Il fut réformé pour faiblesse de constitution, il avoue quelques excès d'alcool autrefois, nie toute maladie vénérienne; à 22 ans, une fièvre typhoïde. Une bronchite, il y a six ans, l'obligea à garder le lit deux mois et depuis il est malade chaque hiver, mais n'a jamais eu de pleurésie ni d'hémoptysie.

De vives douleurs ressenties brusquement, il y a dix jours, dans toute la moitié gauche du thorax, le forcèrent à s'aliter pendant quatre jours; il dut rester assis sur son lit pour atténuer ces douleurs. Pas de frissons.

Vers le quatrième jour le point douloureux diminua, mais apparaît une toux fréquente accompagnée d'une forte

(1) Cette observation a été publiée in thèse Vialle. Des manifestations pleurales des anévrysmes de l'aorte. Lyon, 1906-07, p. 43.

dyspnée. Il rentre à l'hôpital, à son arrivée il se plaint d'une légère douleur dans le côté gauche, accuse une oppression modérée, mais une toux quinteuse surtout nocturne avec une peu abondante expectoration muco-purulente.

On fait l'examen clinique; poumon gauche : expansion respiratoire restreinte, la sonorité est exagérée en avant, en arrière il y a de la matité à la base, les vibrations y sont diminuées.

On est frappé à l'auscultation du silence respiratoire qui existe dans toute la hauteur du poumon; surtout latéralement et vers la base on perçoit de gros frottements sensibles à la main.

On ne perçoit nulle part ni de souffle, ni de retentissement de la toux, ni égophonie, ni succussion hippocratique.

Poumon droit : rien d'anormal.

Cœur : pointe dans le 5^e espace, pas de déviation, bruits normaux.

Les deux pouls radiaux sont égaux, on ne sent pas l'aorte derrière la fourchette sternale.

Digestions pénibles, sans vomissement. Diarrhée depuis quatre jours.

Système nerveux normal.

La vue est bonne, mais légère inégalité pupillaire.

Pas de troubles de la phonation.

Un peu d'albumine dans les urines.

Le 20 novembre, il est fait une ponction exploratrice en arrière, M. le Docteur Cade, chef du laboratoire, examine le liquide pleural obtenu et lui trouve comme formule :

Polynucléaires 45 à 50 %

Lymphocytes 50 à 55 %

Quelques cellules endothéliales en voie de désintégration, globules rouges en petit nombre. Inoculation du liquide pleural au cobaye : résultat négatif. Le laboratoire bactériologique consulté donna comme réponse : séro-diagnostic tuberculeux négatif, pas d'agglutination, même à 1/3.

À la radioscopie, on voit sans autre détail de l'opacité de l'hémithorax gauche.

Le 2 décembre, on observe une augmentation des signes pulmonaires gauches; en arrière, la matité est absolue

jusqu'au sommet, les vibrations sont abolies, il y a du souffle à la partie supérieure.

Mêmes signes en avant, mais l'espace de Traube est sonore.

Au niveau du souffle, pas de râles. Expectoration muqueuse peu abondante. Le tracé cyrtométrique du malade montre une rétraction de l'hémithorax gauche d'environ un centimètre relativement au côté droit.

Le 16 décembre, on obtient par une ponction faite en arrière 500 grammes de liquide séro-hématique.

5 janvier : abondante hémoptysie suivie de syncope, l'expectoration devenue purulente ne contient aucun bacille de Koch.

Le malade s'affaiblit progressivement et meurt. Sa courbe de température a été des plus irrégulières : dans son premier mois d'hôpital elle oscille autour de 39° avec des différences de un degré d'un jour à l'autre, pendant son deuxième mois la température est à très grandes oscillations donnant des différences de un et même deux degrés entre les températures du soir et du matin.

Autopsie : le poumon gauche a un aspect très particulier, les plèvres sont adhérentes dans toute leur étendue avec un épaississement blanc très marqué (6 à 8 ^m/_m), il n'y a plus de liquide à la base gauche, tout à fait au sommet on trouve un kyste gros comme une noix représentant le reste de la cavité pleurale.

A la coupe, le tissu paraît à peu près totalement privé d'air, on constate de la sclérose, la surface est lisse; à la pression, on fait sourdre du pus. Ça et là existent quelques dilatations bronchiques, plus larges vers le sommet. Disséminés sur toute la surface, on voit de petits points suppurés mais ne contenant pas de bacilles de Koch.

Examen histologique (emprunté à l'ouvrage de M. le Docteur Bériel, sur la Syphilis du poumon).

« A l'examen histologique on trouve un épaississement considérable des tissus, complètement infiltrés d'éléments cellulaires, les fibres conjonctives sont peu serrées et peu abondantes; par contre, les vaisseaux capillaires sont dilatés, flexueux, gorgés de sang, les alvéoles sont déformées : linéaires, étoilées, irrégulières, remplies de volumi-

neuses cellules mêlées à quelques leucocytes. De sorte qu'à un faible grossissement le tissu paraît uniforme et le dessin alvéolaire normal ne se voit pas au premier abord, l'épithélium est desquamé ou persiste à l'état de cellules cubiques très irrégulières. Les bronches ont une infiltration cellulaire considérable, l'épithélium est apparent, mais flotte par endroits dans la cavité qui est remplie de cellules à petits noyaux uniques souvent décolorés. Les vaisseaux présentent surtout un épaississement de la tunique externe, peu d'endarterite. »

Le poumon droit présente un peu de pleurésie récente et sèche avec quelques adhérences, le lobe supérieur est œdématisé à la base; engouement sans hépatisation vraie, et ni dans le poumon droit, ni dans le gauche on ne trouve de tuberculose.

A la partie supérieure et terminale de la crosse aortique siège un gros anévrysme dont la paroi adhère aux corps vertébraux un peu usés à son niveau; cette paroi se déchire très facilement. L'anévrysme siège après l'émergence de l'artère sous-clavière gauche, comprimant la bronche gauche dont les parois sont amincies et friables, on ne constate pas de grosse ouverture entre sa lumière et la cavité de l'anévrysme.

L'aorte a de nombreuses plaques gélatiniformes et paraît dilatée avec d'épaisses parois.

Le cœur n'est pas hypertrophié et n'a pas de lésions orificielles, le péricarde contient un peu de liquide séro-fibreux et présente des taches laiteuses.

Rien de particulier à signaler du côté des autres organes.

OSERVATION VI

Anévrysme fusiforme de l'aorte thoracique ouvert dans la bronche gauche (malade du service de M. Mollard, observation de M. Rebattu) (1).

M. F..., manoeuvre, 46 ans, entre à l'hôpital le 22 août 1905, pour un point de côté.

(1) Observation publiée in Mémoires et Comptes-rendus de la Société des Sciences médicales de Lyon, séance du 16 juin 1909, p. 262.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et collatéraux. Interrogé sur la possibilité d'accidents spécifiques, il finit par avouer un écoulement insignifiant, déclara-t-il, sur le sillon balano-préputial ; à ce niveau on constate la présence d'une cicatrice blanchâtre.

Il ne toussait pas, n'a jamais eu d'hémoptysie. Pas de rhumatisme.

L'affection actuelle a débuté en juillet 1905, par un point de côté thoracique gauche.

A l'entrée, malade d'aspect vigoureux, non dyspnéique. La toux, peu fréquente, s'accompagne d'une expectoration muco-purulente. Pas d'œdème des jambes. Aux poumons, signes d'emphysème avec râles sibilants et ronflants. En outre, un peu d'obscurité dans la fosse sus-épineuse gauche. Au cœur, la pointe ne peut être localisée ; le premier bruit est sourd. Urines claires, sans albumine. Pas de fièvre.

Quitte l'hôpital le 13 septembre.

Deuxième séjour. — Le malade revient pour les mêmes troubles. A l'examen, on note les mêmes troubles que précédemment.

Sort le 30 avril 1906.

Troisième séjour (27 décembre), — Le point de côté thoracique est plus douloureux. A l'examen radioscopique, on constate la présence d'une ectasie aortique. Le cœur, de petit volume, est surmonté d'une masse volumineuse, débordant à gauche et animée de battements. Il existe au foyer aortique un souffle systolique léger et bref. La crosse n'est pas sentie au-dessus de la fourchette sternale. Pas de retard du pouls ; aucune modification du pouls carotidien. Aucun trouble oculo-pupillaire. Pas de signe d'Oliver. A la percussion, on trouve un peu de submatité au niveau de la partie inférieure du sternum. Les bruits du cœur sont très sourds ; la pointe ne peut être localisée. Aux poumons, mêmes signes que précédemment.

20 février 1907. — Le malade ressent toujours le point de côté siégeant à gauche qui a motivé son entrée à l'hôpital. La radioscopie permet de localiser l'ectasie au niveau de l'aorte thoracique.

Le malade refuse le traitement par les injections de sérum gélatiné qui lui est proposé.

Quitte l'hôpital le 28 mars.

Quatrième séjour (8 mai 1907). — Le malade a eu des accès d'oppression nocturnes et accuse une sensation de constriction au niveau de la région thoracique gauche. Il ne peut se coucher de ce côté sans ressentir au maximum cette gêne respiratoire.

A l'examen, on constate toujours la surdité des bruits cardiaques et l'on note en outre la présence de battements laryngo-trachéaux.

Cinquième séjour (3 avril 1908). — Le malade a pu travailler pendant quelques mois, mais il n'a jamais complètement cessé de souffrir. Actuellement, aux poumons : signes d'emphysème et râles de bronchite. En outre, dans la fosse sus-épineuse gauche, submatité, obscurité respiratoire et petits foyers de râles. Au cœur, mêmes signes qu'il y a deux ans. Pouls régulier : 68. Urines sans albumine.

A la radioscopie, on voit une image absolument superposable à celle qui était donnée il y a deux ans : le cœur est surmonté d'une masse animée de battements, débordant à peine du côté droit, alors qu'elle s'étend librement à gauche, réduisant de moitié la clarté pulmonaire. A l'examen oblique, cette masse occupe le médiastin postérieur tout entier, masquant complètement l'espace clair postérieur.

Sixième séjour. — Rentre le 5 octobre 1908. Les signes d'ectasie aortique sont devenus plus nets cliniquement. On constate la présence dans la région sous-claviculaire gauche d'une voussure diffuse et de battements étendus. Le signe d'Oliver est très net. Aux poumons, petits foyers de râles humides dans la fosse sus-épineuse gauche.

15 avril 1908. Part pour Longchêne.

Septième séjour. — Rentre le 12 juin 1909. Le malade crache un peu de sang depuis deux ou trois jours. L'expectoration est constituée par des crachats muqueux, légèrement visqueux, avec stries sanguines. Quelques crachats sont constitués presque uniquement par du sang d'un rose vif.

Le malade se plaint d'une douleur fixe entre les épaules. Le méplat sous-claviculaire est remplacé à gauche par une voussure animée de battements que l'on voit à jour frisant et que l'on perçoit à la palpation avec netteté. La sonorité est légèrement diminuée. A l'auscultation, rien d'anormal au niveau de la voussure, ainsi qu'au niveau de la région interscapulaire. Au cœur, le premier bruit est sourd. Rien d'anormal du côté du poulx, des pupilles. Le signe d'Oliver est d'une extrême netteté.

15 juin. — Le malade, qui a continué à avoir de petites hémoptysies, a eu ce matin, après une petite secousse de toux, une hémoptysie foudroyante, qui l'a tué en moins de deux minutes.

Autopsie (16 juin). — Le pannicule adipeux est bien conservé. Le sommet du poumon gauche présente de fortes adhérences. Le parenchyme est le siège d'une sclérose accusée entourant les bronches dilatées. On y trouve de petits tubercules crétacés. Le reste du parenchyme est le siège d'une infiltration sanguine à contours festonnés distribuée par foyers séparés par un parenchyme sain. Les masses infiltrées crépitent encore et surnagent parfaitement. A droite, symphise pleurale peu épaisse, lâche. Le poumon présente dans son ensemble le même aspect que le poumon gauche, mais le sommet est presque sain et ne renferme que quelques tubercules crétacés. Le foie, la rate, les reins, les surrénales ne présentent rien d'anormal. L'estomac est plein de sang : on n'en trouve plus de traces au-delà du duodenum.

Le cœur, de volume normal, est surmonté par une aorte ascendante de moyen calibre ; la portion horizontale est encore normale, mais la partie descendante de la crosse et l'aorte thoracique dans sa totalité sont le siège d'une ectasie cylindroïde qui s'étend jusqu'au niveau de la traversée diaphragmatique. Là seulement l'aorte reprend son calibre ordinaire et l'aorte abdominale est redevenue complètement normale. Il s'agit d'un anévrysme fusiforme s'étendant sur une hauteur totale de vingt centimètres. La circonférence maxima, qui est de dix-neuf centimètres, correspond à la partie moyenne de l'aorte thoracique. La

surface extérieure est assez lisse et présente avec les organes voisins quelques adhérences lâches que l'on rompt facilement, excepté au niveau de la bronche gauche qui fait véritablement corps avec l'aorte. Lorsqu'on ouvre l'aorte, on constate la présence d'un volumineux caillot obstruant la partie postérieure de la lumière, caillot ancien, formé de feuillets concentriques; il se termine assez brusquement au niveau des extrémités supérieure et inférieure de la dilatation anévrysmale.

La trachée et les bronches ayant été incisées sur leur face postérieure, on aperçoit à la partie antérieure de la bronche gauche, à un centimètre environ au-dessus de sa bifurcation, un orifice elliptique dont le plus grand axe atteint huit millimètres. Cet orifice est unique, il se trouve entre deux anneaux cartilagineux et communique librement avec la lumière aortique, ainsi qu'on peut s'en assurer avec un stylet. Les bords sont décollés sur une étendue de quelques centimètres.

Au-dessus et au-dessous de la dilatation anévrysmale, l'aorte est tapissée de plaques gélatiniformes absolument typiques. Les valvules sigmoïdes sont normales. Le tronc brachio-céphalique, la carotide et la sous-clavière ne sont pas thrombosés; leur calibre est normal.

OBSERVATION VII

Enorme anévrysme latent de l'aorte thoracique
(MM. Collet et Grüber) (1).

P..., 73 ans, fabricant de vernis, entré au Perron, salle St-Lazare, n° 6, le 9 mai 1903.

Antécédents héréditaires : mère morte à 69 ans, emphysemateuse; père mort à 79 ans, alcoolique; une sœur morte poitrinaire à 22 ans.

Antécédents personnels : marié, femme en bonne santé, deux fils morts tuberculeux, l'un à 29 ans, l'autre à 45 ans.

(1) Observation publiée in Mémoires et Compte-rendus de la Société des Sciences Médicales de Lyon, 1905, p. 105 (M) et 74 (C R).

Bonne santé dans l'enfance. A 13 ans et jusqu'à 15 ans, fièvres intermittentes contractées à Décines. Crises fébriles très violentes, mais n'ayant jamais reparu depuis. Vers 40 ans, douleurs rhumatismales localisées aux deux genoux, sans phénomènes inflammatoires objectifs : seulement douleur et boiterie (sept saisons à Aix-les-Bains). Absinthisme : pendant dix ans, le malade a bu tous les soirs à peu près régulièrement une absinthe ; parfois en plus, petits verres de rhum ou d'arquebuse. Le malade nie énergiquement toute maladie vénérienne. Pendant quarante ans, il a travaillé aux vernis ; les vapeurs de goudron et de résine finirent par amener une oppression à peu près continue, surtout depuis huit ans. Le malade est un vieux tousseur.

A l'examen, thorax en sablier, saillie considérable de l'angle de Louis. A la percussion (qui produit des contractions idiomusculaires des muscles thoraciques), la fosse sous-claviculaire droite est plus mate. Elle est plus obscure que la gauche à l'auscultation. Partout ailleurs, signes d'emphysème généralisé. Aspiration thoracique nette aux deux bases.

A l'examen du cœur : pointe difficilement localisée, mais parfaitement mobile. La main est soulevée à chaque systole sur une assez large surface située au niveau des 5 et 6^{me} espaces en-dedans de la ligne mamelonnaire, ce qui semble indiquer une augmentation de volume du cœur dans le sens de la longueur. La matité précordiale n'est pas augmentée dans le sens transversal. Retrait systolique de la région épigastrique attirée en haut à chaque contraction cardiaque. Prolongement du premier bruit avec un léger soulèvement diastolique et un dédoublement du deuxième bruit presque constant.

Radiales athéromateuses ; sous-clavières non surélevées ; on ne sent pas la crosse de l'aorte à la fourchette sternale.

Le malade prend facilement des crises de palpitations violentes, mais non douloureuses, à la suite d'une émotion et souvent le matin, au lever ou à la suite d'une course. Il n'a jamais eu d'angine de poitrine, mais éprouve parfois une sensation particulière de piqure, comme s'il avait le cœur traversé de droite à gauche ; la douleur s'arrête à l'aisselle, c'est comme un éclair.

Rien du côté de l'estomac. Constipation opiniâtre.

Urines claires : ni albumine, ni sucre.

15 mai 1904. — Un soir, le malade est pris de frissons, se sent mal à l'aise, est forcé de s'aliter. La température s'élève à 39°. On constate que la base droite respire mal, elle est encombrée de râles humides, pas de souffle. Au cœur, choc de la pointe très énergique, ébauche d'un rythme à trois temps. Pouls faible. Pas d'intermittences.

Le malade prend de la caféine et en quelques jours les troubles cardiaques disparaissent. La température revient à la normale, mais les râles persistent à la base droite. Expectoration de plus en plus abondante, un examen bactériologique récent a été négatif au point de vue de la présence du bacille de Koch. Depuis cette époque, le malade perd ses forces et se cachectise ; il devient jaune, ses jambes sont squelettiques, ses genoux très douloureux ; l'impotence fonctionnelle est absolue. L'oppression reste au premier plan, mais de plus le malade se plaint maintenant que les aliments ne passent pas, lui restent sur l'estomac ; cependant il se sent appétit, mange de tout, choisit cependant plutôt la mie de pain que la croûte et affectionne particulièrement les soupes. Pas de gêne de la déglutition. Il se plaint aussi d'avoir toujours soif et d'être fatigué par une salivation intense. Il a parfois des névralgies intercostales assez mal localisées. Le malade meurt brusquement dans un état d'affaiblissement qui a fait de rapides progrès en deux ou trois jours.

Autopsie. — Après l'éviscération, on tombe sur un énorme anévrysme ampullaire de la grosseur du poing, siégeant sur la partie inférieure de l'aorte thoracique et répondant à peu près à l'espace compris entre la 6^{me} vertèbre dorsale et la 12^{me}, il se termine en bas à deux ou trois centimètres au-dessus de l'origine du tronc cœliaque. La poche est irrégulière, bosselée par deux ou trois saillies mamelonnées, fort dures, contenues dans l'épaisseur de la paroi, surtout épaissie et résistante à droite. Après la section, on trouve la cavité remplie presque en totalité par un volumineux caillot, résistant et très adhérent à la paroi. L'aorte, notablement élargie au-dessus de l'anévrysme, est très athéromateuse

sur tout son trajet. Au cœur, pas de trace de rétrécissement mitral. On ne trouve qu'un peu d'athérome sur la grande valve de la mitrale. Les bronches et la trachée sont intactes. L'œsophage ne présente ni dilatation, ni rétrécissement; l'estomac n'est pas dilaté.

Poumon droit : grosses adhérences pleurales ; pleurésie purulente diaphragmatique. Hépatisation totale. Pas de trace de tuberculose.

Poumon gauche : le sommet est le siège de lésions tuberculeuses cicatrisées. Le bord antérieur et la base présentent un emphysème extraordinairement développé, ayant produit quatre à cinq grosses dilatations où le tissu pulmonaire est comme soufflé et réduit à une mince membrane gonflée d'air ; elles rappellent ainsi par leur aspect la vessie natatoire de certains poissons.

Foie légèrement cardiaque. Reins scléreux, mais non diminués de volume ; capsule très adhérente.

Examen microscopique du poumon droit (M. Tolot). — Le sommet du poumon montre des granulations tuberculeuses à cellules géantes, cellules épithélioïdes, points caséux. La base du poumon droit montre de la broncho-pneumonie avec cette particularité que les points hépatisés, c'est-à-dire les alvéoles contenant de la fibrine et de nombreuses cellules, sont très peu étendus et que par contre les zones simplement splénisées le sont beaucoup. En certains points il paraît s'être fait de petites hémorragies dans les alvéoles qui sont le siège de la splénisation. Il existe de plus à ce niveau une forte réaction pleurale.

CONCLUSIONS

I. — Les anévrysmes de l'aorte thoracique descendante ont une symptomatologie d'emprunt due surtout aux compressions des viscères et organes thoraciques.

II. — Les douleurs persistantes, fixes, très souvent unilatérales, à topographie variable selon la situation de l'anévrysme, sont d'ordinaire le premier et le plus important symptôme.

III. — Parmi les troubles de l'appareil digestif, à côté de la dysphagie dont la valeur séméiologique est considérable, nous signalons la possibilité d'un bruit de glou-glou rythmé se passant soit dans l'œsophage, soit dans l'estomac.

IV. — Du côté de l'appareil respiratoire, on note souvent la toux de compression et des signes bronchiques ou pulmonaires unilatéraux, dus à la compression d'une bronche. Les épanchements pleuraux ne sont pas exceptionnels et leur étude justifie l'indi-

vidualisation d'une forme pleurale de l'anévrysme thoracique (M. Cade).

V. — L'examen cardio-vasculaire offre comme signe important la notation du retard du pouls femoral. Parfois, on observe un souffle diastolique anorganique aortico-pulmonaire.

VI. — Rarement la tumeur anévrysmale s'exteriorise avec des caractères de pulsatilité et d'expansion.

VII. — La rupture s'effectue volontiers soit dans le médiastin ou la plèvre, soit dans une bronche (hémoptysies), soit dans l'œsophage (hématémèses) et exceptionnellement dans le canal rachidien (paraplégies).

VIII. — Le diagnostic soupçonné, en l'absence de tumeur perceptible, grâce à l'existence de l'un ou de plusieurs des signes ci-dessus mentionnés, sera affirmé à l'aide de la *radioscopie*. La radioscopie s'impose notamment comme premier moyen d'exploration chez tout dysphagique. Ce serait une *erreur grave et grosse de conséquences que de pratiquer à l'aveugle un cathétérisme œsophagien*. Celui-ci doit être banni de l'étude des anévrysmes de l'aorte thoracique descendante.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
ROQUE.

Vu :

LE DOYEN DE LA FACULTÉ,
Jean LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 16 Juin 1921.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOUBIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AMBLARD. — *Rupture d'un anévrysme de l'aorte thoracique.* Bull. Soc. anat., 14 déc. 1906.
- ANDRALL. — Arch. de médecine 1884 (in thèse Milanoff, obs. 82, p. 172).
- ANDRÉEFF. — *Contribution à l'étude des anévrysmes de l'aorte descendante.* Thèse de Toulouse, 1904.
- ARMIGER. — Bull. Soc. anat., 1861, p. 438.
- BALL. — Bull. Soc. anat., 1857, p. 327.
- BARJON. — *Diagnostic radiologique des anévrysmes de l'aorte et des tumeurs du médiastin.* Paris médical, 1911.
- BAUER. — *Anévrysme de l'aorte thoracique ; rupture d'une des poches ; infiltration de sang dans l'épaisseur de l'œsophage et de l'estomac.* Bull. et mém. Soc. anat., nov. 1903, p. 837.
- BECK. — The Lancet, 1873 (in thèse Milanoff, obs. 59, p. 165).
- BÉCLÈRE. — In thèse Milanoff, obs. 3, p. 139.
- BERDOT. — *De l'anévrysme latent de l'aorte thoracique avec rupture dans la plèvre.* Thèse de Toulouse, 1907.
- BERTRAY. — *Etude synthétique et clinique sur les anévrysmes de l'aorte thoracique descendante.* Thèse de Paris, 1906.
- BINET. — *Les rayons de Rœntgen et les anévrysmes de l'aorte thoracique.* Thèse de Paris, 1908-09.

- BLONDEAU. — Bull. Soc. anat., 1857, p. 327.
- BOLLOT. — *Quatre observations d'anévrisme de l'aorte*. Thèse de Paris, 1913-14.
- BONDET. G. — *Anévrisme de l'aorte thoracique ; ulcération de l'œsophage ; mort par hémorragie profuse dans l'estomac*. Bull. et mém. Soc. anat., Paris, déc. 1908, p. 541.
- BROUSSOLLE ET ROUDOVSKA. — *Anévrisme de l'aorte thoracique descendante*. Bull. et mém. Soc. anat. Paris, 23 mai 1913.
- CADE. — Mém. et compte-rendus de la Soc. des sciences médic. Lyon, 14 nov. 1906, p. 322 (C-R).
- — *De certaines manifestations pleuro-pulmonaires dans les anévrysmes de l'aorte*. Soc. nat. de méd. de Lyon, nov. 1906. Lyon Médical, 1907.
- CADE ET VIALLE. — *Les manifestations pleurétiques des anévrysmes de l'aorte*. Province médicale, 27 avril 1907, p. 206.
- CASTEX ET LAUTIER. — *Sur un cas d'anévrisme latent de la portion descendante de l'aorte thoracique*. Arch. d'électricité médicale, 1903, p. 422.
- CHAILLOUS. — Bull. et mém. Soc. anat., 1897, p. 212.
- CHALLIER J. ET CONTAMIN. — *Double ectasie aortique. Mort par anévrisme disséquant et ouverture secondaire dans la plèvre droite*. — Soc. méd. hôp. Lyon., 19 octobre 1920. Journal de médecine de Lyon, 5 déc. 1920, p. 621.
- CHALIER J. ET LONGY. — *Anévrisme de la partie inférieure de l'aorte thoracique avec symptômes anormaux*. Presse médicale, 3 avr. 1920, p. 187.
- COLLET ET GRUBER. — *Enorme anévrisme latent de l'aorte thoracique*. Mém. et compte-rendus Soc. sciences médicales, Lyon 1905, p. 105 (M) et 74 (C-R).
- CORNILLON ET GILLET. — *Anévrisme aortique*. Bull. et mém. Soc. méd. hôp. Paris, 16 mai 1902.
- COUSIN ET BOINET. — Arch. de méd., 1897, p. 2-11.
- CRÉTEL. — *Contribution à l'étude du diagnostic des anévrysmes de l'aorte thoracique. Forme pseudo-tuberculeuse de l'anévrisme de l'aorte*. Thèse de Paris, 1903.

- DAINVILLE. — *Anévrysme disséquant de l'aorte thoracique*. Bull. et mém. Soc. anat., juin 1904, p. 523.
- DESTOT. — *Anévrysme de l'aorte thoracique à type pulmonaire et gastrique*. Mém. et compte-rendus Soc. sc. méd., Lyon, 14 nov. 1906. Lyon Médical, 1906, p. 1106-12.
- DIEULAFOY. — Article Médiastin. Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.
- — Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu, 1894, t. 1.
- DUBAR. — Bull. et mém. Soc. anat. Paris, 1879.
- DUJARDIN BEAUMETZ. — Clin. therap. 1880 (in thèse Milanoff, obs. 47, p. 160).
- ESNER. — Medical News, 1892 (in thèse Milanoff, obs. 31, p. 154).
- FRANCK FR... — *Recherches sur le diagnostic du siège des anévrysmes de l'aorte*. Journal d'anat. et de physiol., mars-avril 1879.
- FRENKEL ET S^t-MARTIN. — *Complications oculaires de l'anévrysme de l'aorte ; anévrysme et tabes*. Revue neurologique, 5 déc. 1912, p. 689.
- GALLAVARDIN. — Précis des maladies du cœur et de l'aorte.
- GAREL. — *Comment on diagnostique un anévrysme de l'aorte*. Ann. des mal. de l'oreille, du larynx et du nez, fév. 1907, p. 97-107.
- GASNE ET R. DUPOUY. — *Anévrysme latent de l'aorte ouvert dans la plèvre*. Bull. Soc. anat., avril 1902, p. 367.
- GRASSET. — Nouveau Montpellier médical (in thèse Milanoff, p. 150).
- GREENE. — Arch. de méd., 1835, p. 496.
- — Arch. de méd., 1835, p. 484. *Recherches sur le diagnostic des anévrysmes de l'aorte thoracique*.
- GRUGET ET CHIRAY. — *Anévrysmes multiples, caillot intracaniculaire. Sur le diagnostic des anévrysmes profonds de l'aorte thoracique*. Bull. et mém. Soc. anat., déc. 1904, p. 828.
- GUISEZ. — *Du rôle étiologique de l'anévrysme de l'aorte dans les sténoses et dans les spasmes à forme grave de l'œsophage (étude œsophagoscopique)*. Bull. et mém. Soc. méd. hôp. Paris, 12 fév. 1909, p. 253.

- GUISEZ. — *Diagnostic des anévrysmes aortiques par la broncho-œsophagoscopie*. Arch. des mal. du cœur, des vaisseaux et du sang (t. II, n° 4), avril 1909, p. 209-222 et Presse médic., 24 juillet 1909.
- HALLOPEAU. — Bull. et mém. soc. anat., 1867, p. 646.
- HAYEM. — Bull. et mém. Soc. méd. hôp. Paris 1900, p. 179.
- HENSCHER. — Upsal 1899 (in thèse Milanoff, obs. 4, p. 141).
- HIRSCHPRUNG. — *Anévrysme de l'aorte thoracique ; rupture dans le tissu cellulaire du médiastin postérieur*. Copenhague, 1865, Gaz. hebd. 1866.
- HIRTZ ET LEMAIRE. — Bull. et mém. Soc. méd. hôp., Paris, 4 mai 1906.
- HUCHARD. — *Caractères cliniques des douleurs anévrysmatiques*. Bull. et mém. Soc. méd. hôp., Paris, 1900, p. 170.
- — *Traité clinique des maladies du cœur et des vaisseaux*.
- JACCOUD. — *Traité de pathologie interne*.
- KUSS. — *Hématome du médiastin consécutif à la rupture d'un sac anévrysmal de l'aorte descendante*. Bull. et mém. Soc. anat., Paris 1896, p. 545.
- LAENNEC. — *Traité de l'auscultation médiate et des maladies du poumon et du cœur*.
- LABORDE. — Mém. et compte-rendus Soc. biologie, 1859, p. 5.
- LANDOUZY. — Bull. et mém. Soc. anat. 1872, p. 169.
- LEMIERRE. — *Anévrysme de l'aorte thoracique descendante*. Bull. et mém. Soc. méd. hôp. Paris, 16 janv. 1903, p. 55.
- LETULLE. — *Diagnostic des anévrysmes de l'aorte. Nécessité de l'examen radioscopique*. Presse médicale, 15 mars 1913, p. 214.
- LETULLE, DUJARRIER, AUBOURG ET PATRY. — *Contribution à l'étude radiologique des anévrysmes de l'aorte*. Bull. et mém. Soc. méd. hôp., Paris 1913, p. 662.
- LEUDET. — *Recherches sur les lésions de l'œsophage causées par les anévrysmes de l'aorte. Des symptômes des lésions de l'œsophage consécutives à la pression exercée par les anévrysmes de l'aorte*. Gaz. méd., Paris, 1864.
- — Bull. et mém. Soc. anat. 1851.

- LION. — *Anévrysme aortique*. — Bull. et mém. Soc. méd. hôp. Paris, 16 mai 1902.
- MEUNIER. — *Anévrysme de l'aorte thoracique*. Bull. et mém. Soc. méd. hôp. Paris, 12 juin 1903.
- MILANOFF. — *Etude de la douleur et de quelques autres symptômes des anévrysmes de l'aorte thoracique descendante*. Thèse de Paris, 1899-1900.
- MOLLARD ET REBATTU. — *Anévrysme fusiforme de l'aorte thoracique ouvert dans la bronche gauche*. Mém. et compte-rendus Soc. sc. méd., Lyon, 16 juin 1909, p. 262.
- MORGAGNI. — XXVI^{me} lettre anatomique (in thèse Milanoff, obs. 114, p. 181).
- MOUISSET, CHALIER J. ET VINCENT. — *Anévrysme de l'aorte thoracique descendante chez un tabétique. Mort par péricardite et médiastinite suppurées*. Soc. sc. méd. 1908. Lyon Médical, 3 janv. 1909, p. 22.
- MURRAG. — *Practitioner 1898* (in thèse Milanoff, obs. 16, p. 146).
- OULMONT. — Bull. soc. méd. hôp., 1856 (in thèse Vialle, obs. 27, p. 61).
- PAULET. — Soc. méd. hôp., Lyon 1880 (in thèse Milanoff, p. 160).
- PERRET. — *Rupture des anévrysmes de l'aorte dans le tissu cellulaire du médiastin*. Thèse de Lyon, 1908.
- PIORRY. — Arch. de médecine, 1840 (in thèse Milanoff, obs. 93, p. 175).
- POPHAM. — *Anévrysme de l'aorte. Résumé de quelques faits intéressants publiés en Angleterre*. Arch. de médecine, 1858, p. 469.
- POTAIN. — *De l'anévrysme latent de l'aorte*. Médecine moderne, 1893.
- RASPAUT. — Progrès médical 1883 (in thèse Milanoff, obs. 45, p. 159).
- H. RENDU. — *Anévrysme de l'aorte thoracique descendante resté latent jusqu'à sa rupture*. Clinique méd., t. I, p. 442 et Bull. et mém. Soc. méd. hôp., Paris 1900, p. 177.
- RIBIERRE. — Bull. et mém. Soc. anat., 1899, p. 820.
- RISPAL, LAVAL ET TIMBALL. — *Forme dysphagique de l'anévrysme de l'aorte*. Province médicale, 22 mars 1913.

- ROGER. — *Le réflexe œsophago-salivaire*. Presse médicale, 14 décembre 1904, p. 793.
- ROUX. — *Valeur diagnostique des névralgies et en particulier de la névralgie ileo-lombaire dans l'anévrysme de l'aorte descendante*. Thèse de Paris, 1906-07.
- SAINTON ET VOISIN. — Bull. et mém. Soc. anat., Paris, 23 avril 1904.
- SCHEELE. — *Zür Casuistik des Aneurisma den Aorta descendens*. 8° Würzburg, 1893.
- SCHWAB. — Bull. et mém. Soc. anat., Paris, 1894, p. 757.
- SCHWARTZ. — *Anévrysme de l'aorte thoracique descendante*. Bull. et mém. Soc. anat., Paris 1901, p. 141.
- SERGEANT. — *Note sur les anévrysmes de l'aorte non animés de battements à l'exploration radioscopique. Anévrysme aortique et médiastinite syphilitique*. Bull. et mém. Soc. méd. hôp., Paris 1913, p. 731.
- SERVOIN. — Bull. et mém. Soc. anat., 1861, p. 422.
- SOBOŖA. — Riv. dos cursos pr. e th.; R.-Janeiro 1886 (in thèse Milanoff, obs. 44, p. 159).
- SOUPAULT ET BROCC. — Bull. et mém. Soc. méd. hôp., oct. 1903.
- STOKES. — *Traité des maladies du cœur et de l'aorte*, 1864.
- TISON. — Bull. et mém. Soc. anat., 1890, p. 175.
- TURNEY ET BALLANCE. — *Anévrysme de l'aorte, paraplégie*. In thèse Milanoff, obs. 11, p. 144.
- VALLOIS. — *Anévrysme de l'aorte thoracique descendante*. Thèse de Paris, 1884-85.
- VANDERMERSCH. — *Anévrysme de l'aorte descendante thoracique ouvert dans l'œsophage*. Bull. soc. anatomo-clinique, Lille 1887, p. 282.
- VARAY. — *Toux de compression (toux aboyante), signe de rétrécissement trachéal ou bronchique*. Thèse de Lyon, 1902-03.
- VÉSALE. — In XVII^e lettre anat. Morgagni (in thèse Milanoff, obs. 115, p. 181).
- VIALLE. — *Des manifestations pleurales des anévrysmes de l'aorte*. Thèse de Lyon 1906-07.
- WAHL. — Gaz. hebdomadaire, 1862 (in thèse Vialle, obs. 27, p. 61).
- WEILL ET MAUBAN. — Bull. et mém. Soc. anat., 1898, p. 813.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	7
CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.....	9
SYMPTOMATOLOGIE.....	12
I. — Douleurs.....	13
II. — Troubles de l'appareil digestif.....	17
III. — Troubles de l'appareil respiratoire ...	28
IV. — Troubles cardio-vasculaires	36
EVOLUTION	40
DIAGNOSTIC.....	46
OBSERVATIONS.....	52
CONCLUSIONS.....	70
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE ..	73

